

Vedrørende høring om regionalt kreftplan

Helse Midt-Norge RHF regional kreftplan 2011-2020

Avdeling for patologi
Ålesund 11. 05. 2012

7. Patologi

7.1 Innledning

Vurdering av vevsprøver utført av patolog er helt sentralt i all diagnostikk av kreft. Nye, mer avanserte teknikker har det siste tiåret medført en grunnleggende endring i patologifaget. Moderne teknikker som immunhistokjemi, PCR-teknikker, in situ hybridisering med mer er nødvendige teknikker for patologiske laboratorier å beherske, og har blitt svært viktig i diagnostikken av de fleste kreftsykdommer. Det er estimert at et overlegeårsverk skal dekke ca. 2500 biopsier årlig. I tillegg til vurdering av biopsier skal patologer også dekke cytologiprøver og obduksjoner. Ved et universitetssykehus skal man i tillegg dekke behovet for undervisning og forskning.

Patologifaget er et ukjent felt for folk flest. Det er fortsatt en hyppig oppfatning at patologer hovedsakelig driver med undersøkelse av de avdøde. Dette er en grunnleggende feil. Onkologi og radiologi har vært mye omtalt i media som viktige fag i Kreftbehandling og diagnostikk. Patologifaget som er av avgjørende betydning for korrekte kreftdiagnoser har ikke fått noe særlig omtale i media.

Allerede på slutten av 90tallet var det kjent at det er mangel på helsepersonell, spesielt legespesialister i henhold til målene for "nasjonal kreftplan".

Om Nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus

2.6 For lang ventetid

Ny 30 dagers vurderingsgaranti

1. januar 1998 ble det innført en ny vurderingsgaranti som skal sikre at alle pasienter som henvises til offentlige sykehus eller poliklinikker vurderes innen 30 virkedager fra henvisningen fra allmennlege er mottatt. Vurderingen skal primært skje på bakgrunn av henvisningen, eventuelt skal det innhentes supplerende opplysninger fra allmennlegen. Dersom en slik vurdering fordrer at pasienten innkalles til undersøkelse, skal dette også gjøres innen fristen på 30 dager. Dette bør sikre en bedre prioritering av kreftpasienter.

2.7 Mangel på helsepersonell

Legespesialister

Norge har i dag for få onkologer, radiologer og patologer. Den eneste muligheten vi har for å avhjelpe dagens situasjon raskt, er å rekruttere leger/legespesialister fra utlandet. Når det gjelder spesialisering i onkologi er det i dag bare Norge og Sverige som utdanner onkologer med kompetanse både innenfor kjemoterapi og stråleterapi. I de øvrige landene er dette to separate spesialiteter. Dette bør ikke være til hinder for at disse kan rekrutteres til Norge. På de store sykehusene (regionsykehusene og de største sentralsykehusene) vil det være behov for både spesialister innen kjemoterapi og stråleterapi. Ved de øvrige sykehusene hvor det ikke drives strålebehandling, vil det kunne være svært interessant å rekruttere spesialister i kjemoterapi.

Det drives i dag to legerekutteringsprosjekt. Ett i regi av Arbeidsdirektoratet, og et prosjekt «Rekruttering og utveksling av utenlandske legespesialister» i regi av regionsykehusene. Erfaringene viser at det ikke er vanskelig å få tak i velkvalifiserte spesialister som ønsker å arbeide i Norge.

Patologer

Patologiske undersøkelser av vevsprøver er den sikreste måten å avgjøre om det foreligger en kreftsykdom. 95 % av disse diagnosene stilles i dag av en patolog alene - av kvalitetssikringshensyn hadde det vært ønskelig at noen flere av diagnosene kunne stilles av flere patologer i samarbeid. Dette kan enten skje ved å kreve en viss minimumsbemanning på de patologiske avdelingene eller gjennom eksperthjelp via telepatologi. Det er i dag et stort behov for flere patologer ved sentralsykehusene og regionsykehusene. I følge tall fra Utvalg for legestillinger (ULS) pr. 31.12.96 var ca. 11 % av stillingene ubesatt. Behovet for patologer vil øke bl.a. fordi:

- kreftinsidensen øker - flere prøver som skal analyseres
- utvidelse av eksisterende screeningprogram (mammografi) og oppstart av nye
- krav om dobbeltkontroll av en større andel av kreftdiagnosene
- krav om større obduksjonsaktivitet

5.7.1 Legespesialister

Statlige stimuleringsstilskudd for økt utdanningskapasitet av legespesialister

Departementet foreslår en stimuleringsordning for å øke utdanningskapasiteten. Ordningen utformes som et tilskudd til utdanningsstillinger innenfor et nærmere begrenset antall spesialiteter.

Tilskuddet bør ikke være fullfinansierende av hensyn til at det ville frata fylkeskommunene det ansvaret de i dag har for å utdanne legespesialister og i forhold til styringen av sine sykehus. En annen viktig årsak er at assistentlegene genererer inntekter, både gjennom sin polikliniske virksomhet, men også gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF) i den grad et økende antall assistentleger kan øke aktiviteten. For assistentleger innenfor patologi vil disse også generere relativt store inntekter gjennom sin laboratorievirksomhet.

I dag er det 32 utdanningsstillinger innenfor onkologi, 52 innenfor patologi og 124 utdanningsstillinger innenfor fagområdet radiologi.

Forslag til tiltak i planperioden 1999 – 2003

Det foreslås opprettet et stimuleringsstilskudd på 100 000 kroner for utdanningsstillinger innenfor fagområdene patologi, radiologi og onkologi. Tilskuddet utbetales til fylkeskommunene.

Det er anslått et behov for ytterligere 15 nye utdanningsstillinger innenfor hver av de to fagområdene patologi og onkologi og 25 nye utdanningsstillinger innenfor radiologi.”

Etter oppdrag fra myndighetene var det utarbeidet en analyse av patologifaget i det norske helsevesen allerede i 1999.

Statens helsetilsyn, 2-99 utredningsserie:

PATOLOGIFAGET I DET NORSKE HELSEVESEN

Sammenfatning for tiltak:

Det må derfor taes et nasjonalt krafttak for å styrke patologifaget:

- Innen utgangen av år 2000 bør 25 % av 60 manglende legeårsværk i patologi være dekket og innen 2002 bør 75 % være dekket.
- Innen år 2005 bør patologifaget ha en dekning svarende til behov. Dette vil i 2005 være ca. 236 legeårsværk. På dette tidspunkt vil to, muligens tre store screeningprosjekter (bryst-, livmorhals- og tykktarmskreft) være nasjonalt dekkende. Dette vil være en formidabel oppgave som ikke kan løses uten import av patologer.
- Rekruttering av norske leger til patologifaget må styrkes ved ulike tiltak samtidig som det må opprettes flere utdannelsestillinger på sentralsykehusene og flere fordypningsstillinger for assistentlegene på regionsykehusene som et straktiltak i løpet av 2-3 år. Forholdet mellom overleger og assistentleger bør på regionsykehusene være 1:0,5-1 og på sentralsykehusene 1:0,3-0,5. Sentralsykehusene må gis minimum tre års tjenestegodkjenning under forutsetning av tilfredsstillende tjenesteinnhold.
- Cytologi må styrkes ved å bedre utdanningen for assistentleger. Flere cytoteknikere må utdannes. Automatisert screening av celleprøver må utprøves og tas i klinisk bruk når kvaliteten er tilfredsstillende.
- Innen år 2005 bør alle regionsykehus ha en obduksjonsfrekvens på over 50% og resultater av obduksjonsundersøkelser bør inngå i sykehusenes overordnede kvalitetskontroll. Det bør tilstrebes en nasjonal obduksjonsfrekvens på 20%. Et nasjonalt obduksjonsregister knyttet til dødsårsaksregisteret i Statistisk Sentralbyrå bør opprettes for å ivareta kvalitetssikring og kontroll av dødsårsakstatistikk.

- Klinisk riktig bruk av patologisk-anatomiske undersøkelser bør utarbeides i forbindelse med regionale og nasjonale handlingsplaner for diagnostikk og behandling av sykdommer (særlig kreftsykdommer). Bruk av moderne informasjonsteknologi vil kunne bidra til å spre informasjon om hensiktsmessig prøvetaking.
- Implementering av moderne informasjonsteknologi er nødvendig for en forbedret patologitjeneste og innen 2005 bør alle patologiavdelinger her i landet ha innført nye elektroniske systemer som ivaretar alle nødvendige datafunksjoner.
- Telepatologi gir ingen ressursbesparende effekt for bruk av patologitjenester, men kan gi diagnostiske kvalitetsforbedringer og gi mulighet for kunnskapsformidling.
- Ved opprettelse av overlegestillinger må det samtidig opprettes minst én bioingeniørstilling og ½ kontorstilling for hver overlegestilling.
- Kompetansen til støttepersonale på patologiavdelinger må forbedres i samarbeid med bioingeniørhøgskolene. Det må gis videreutdanning til bioingeniører og obduksjonspreparanter.
- I takt med utviklingen av nye teknikker med klinisk nytteverdi (f.eks. molekylær patologi) må disse tas i bruk og utstyr og driftsmidler må stilles til disposisjon.
- Tid og ressurser må avsettes til forskning og metodeutvikling, særlig for regionsykehusene. Faget må gjenreises som en sentral arena som knytter basalforskning med klinisk virksomhet.

Hva har så skjedd i patologi-faget i årene etter årtusenskiftet?

**Tabell 3.6.B –
Antall spesialistårsverk relatert til undersøkelsestype og prøveantall (1997).
Prøvetype Antall prøver, 1997 Spesialistårsverk**

	1997		2011
	Undersøkelser	Årsverk	Undersøkelser
Sykehusobduksjoner	3630	10,4	2425
Biopsier ¹⁾	336489	108,2	467425
Immunundersøkelser ²⁾	22585	12,1	68341 (spesialundersøkelser samlet)
EM undersøkelser ³⁾	1892	4,1	-----
Celleprøver, livmorhals	531528	22,8	448453
Celleprøver, punksjon ⁴⁾	24380	14,3	24871
Celleprøver, annet	47947	8,6	55757

Administrasjon 0,4 årsverk per avdeling 7,2

Sum alle aktiviteter beregnet til 187,7 årsverk
Reelle stillinger 122 i 1998 181.0 i 2011 (overlegestillinger)

(Utklipp fra: Statens helsetilsyn, 2-99 utredningsserie: PATOLOGIFAGET I DET NORSKE HELSEVESEN)

(Fra Årsrapport DNP se vedlegg)

**Utviklingen siste 5 år
(2007 – 2011)**

Undersøkelser	Stillinger					
	2007	2008	2009	2010	2011	
Biopsier (antall) + 16%						
Biopsier (blokker) + 4%						
Biopsier (glass) + 15%						
Spesialundersøkelser + 75%						
Cyt (cx)+ 3%						
Cyt (ex) + 23%						
Cyt (pc) + 1%						
Obduksjon stabilt						
	Overleger	179.8	173.2	180.5	180.0	181.0
	LIS	69	71	70	70	70

(Fra Årsrapport DNP)

Veldig kort sammenfattet betyr det:

1997	968451 undersøkelser	= 187,7	årsverk (5.160 = 1 årsverk)
		122	patologer
2011	1 067272 undersøkelser	= 207	årsverk (etter gamle normer)
		= 427	årsverk (2.500 prøver = årsverk)
		181	patologer

Antall legestillinger i patologi har økt i denne perioden (122 patologer i 1998, 181 patologer i 2011). Selv om det i dag er flere overlegestillinger enn i 1998 har arbeidsbelastningen per lege økt. Det er i dag nødvendig å beregne ett årsverk annerledes enn i 1998.

Noen eksempler:

Antall biopsisyndre ved utredning av mistanke om prostatakraft har gjennomsnittlig økt fra 2 til 12. I dag benyttes i tillegg ofte immunhistokjemiske undersøkelser for å verifisere eller avkrefte kancerdiagnosen.

Krav til supplerende undersøkelser hvor en har stilt kancerdiagnosen har økt kraftig. Det gjelder blant annet hormonreseptorundersøkelser, Her-2 status og prosentvis angivelse av celler i cellesyklus (Ki67).

For onkologer er det viktig å vite utgangspunktet for primærtumor da det kan være av betydning for valg av behandling. Det er derfor ofte ønske om immunhistokjemiske undersøkelser ved framskreden sykdom.

Det er ikke et særnorsk fenomen med økt arbeidsmengde per prøve. Nye normer er utviklet i flere land. (For normer se: Den norske patologforeningen Årsrapport 2011, side 101)

Antall ansatte leger ved patologiavdelinger i Ålesund og Molde har ikke endret seg siden 80tallet. Mange middelsstore patologiavdelinger har hatt en betydelig økning av prøvemengden, men ikke tilsvarende tilførsel av ansatte leger.

Økning i antall utdanningsstillinger har ikke kommet sentralsykehusene til nytte heller. Ferdig utdannede patologer ved universitetssykehusene har ikke kommet sentralsykehusene til gode.

I patologifaget er rekrutteringstillegget tatt bort. Faget er uten vaktbelastning. Rekruttering til patologifaget har derfor også en ikke-faglig vinkling, nemlig manglende vaktbelastning som kan gå utover familielivet. Dette har ført til en stor overvekt av kvinnelige søkere som tar utdanning i den fasen de samtidig stifter familie. Utdanningstiden har dermed blitt betydelig forlenget, og familien har "grodd fast" på utdanningsstedet. Mange av de nye unge patologene er lite interessert i overtidsarbeid og prioriterer familieliv og fritid. Overtidsarbeid har vært et absolutt krav for å få takle arbeidsmengden ved patologiavdelingen i Ålesund. Det er dermed et lite attraktivt sted å jobbe for mange av de patologene som utdannes nå i Norge.

Det er ikke sagt noe i den regionale kreftplanen om bemanningssituasjonen når det gjelder bioingeniører. Selv om det fra NITO (Norges Ingeniør- og Teknologorganisasjon) og BFI (Bioingeniørfaglig Institutt) signaliseres at det utdannes for få bioingeniører på landsbasis, opplever begge patologilaboratoriene i dette fylket at det i øyeblikket er god tilgang på bioingeniører.

Høy og stabil kvalitet på rutinearbeidet i patologilaboratoriene er en forutsetning for at patologens arbeid skal kunne gjøres raskt og effektivt. Tilstrekkelig med bioingeniørstillinger i laboratoriet kan på den måten bidra til å lette patologspesialistens arbeid.

7. 2 Dagens organisering

7.2.1 St. Olavs Hospital

Avdeling for patologi og medisinsk genetikk ved St. Olavs Hospital har 12 overlegehjemler og vurderer rundt 38.000 biopsier årlig. I tillegg til diagnostikk har avdelingen universitetsfunksjon og skal utdanne nye spesialister samt drive forskning.

7.2.2 Ålesund sykehus

Avdeling for patologi ved sykehuset i Ålesund har to overleger i 1.8 stillinger. De vurderer rundt 14.000 biopsier årlig.

7.2.3 Molde sykehus

Laboratorium for patologi i Molde har to overleger. De vurderer rundt 7000 biopsier årlig.

I forbindelse med krav om innsparing ved Avdeling for Patologi ved Ålesund sykehus har vi prøvd å sammenligne arbeidsbelastningen ved patologiavdelingene i vår helseregion. (**Se vedlegg**)

Framstillingen baserer seg på fritt tilgjengelige tall og er ikke fullstendig. Det er ikke tilgjengelig eksakte data om belastningen ved St. Olavs hospital vedrørende spesialundersøkelser og undervisning.

7.3 utfordringer

Patologi har en stor utfordring med få overleger, og et stadig økende antall biopsier. Alle enheter for patologi i Helse Midt-Norge er underbemannet basert på anbefalte produksjonstall. Det er spesielt bekymringer knyttet til situasjonen i Møre og Romsdal. Ved St. Olavs Hospital er også kapasiteten presset, og avdelingen må sende mange prøver for vurdering til private laboratorier. Kapasitetsbegrensingen gjør patologi til et svært sårbart område da det ikke er patologisk reservekapasitet i noen norske helseregioner. Dette medfører et stort privat marked, som basert på erfaringer med privat bildediagnostikk vil kunne tappe det offentlige helsevesenet for fagpersoner.

I multimodale team inngår patolog som en viktig del av teamet for å gi et bedre tilbud til pasientene. På grunn av den generelle arbeidsbelastningen er det i dag vanskelig for patologer å inngå i alle slike team.

Patologenes oppgaver i multimodale team kan ikke overføres til et privat marked i vår helseregion med mindre man oppretter lokalt et privat laboratorium eller telekommunikasjonen forbedres betydelig. Datasikkerhet er i denne sammenheng et større problem.

Digital patologi er i ferd med å bli tatt i bruk flere steder i Norge og utlandet. Innføring av digital patologi kan effektivisere driften og bedre samarbeidet mellom patologiavdelingene i regionen.

Ved denne teknikken skannes de mikroskopiske snittene slik at man får et digitalt bilde som lagres på en server og derfra hentes opp for å granskes på skjerm. Dette har flere fordeler:

1. Bildet kan sendes som vanlig digitalt bilde på helsenettet.
2. Man slipper logistikken omkring arkivering og henting av snitt for diagnostikk, møter, undervisning med mer.
3. Flere kan ha samme bilde åpent samtidig.
4. Dersom patologen er borte, kan bildene/snittene analyseres av patolog ved et annet laboratorium.

Selv om digital patologi nå har en kvalitet som tillater bildediagnostikk er det ikke et middel som gir ressursbesparende effekt for bruk av patologitjenester. Patologmangel i vår helseregion kan ikke kompenseres ved hjelp av digital patologi. En patolog må vurdere enten snitt eller bilder.

Hele Europa lider av spesialistmangel i patologi-faget.

Datasikkerhet ved overføring av pasientrelaterte data er et uløst problem i vår helseregion. Sympathy-systemet i Trondheim, Molde og Ålesund er separate datasamlinger uten gjensidig bruk. Andre pasientrelaterte data må være tilgjengelig ved enkelte tilfeller (journal).

5. I dag sendes prøver fra Ålesund og Molde til St. Olavs Hospital per post for etterundersøkelse i forbindelse med behandling. For disse prøvene vil man spare tid og slippe å gjenta omfattende undersøkelser (immunhistokjemi) utført primært.

Det er et godt forslag for et effektivt samarbeid. Datasikkerhet er et problem ved overføring av pasientrelaterte informasjoner.

Den økonomisk side må grundig utredes. I dag er det store kostnader ved lagring av den store datamengden i bildearkiver.

I 2010 var det 105 casus, i 2011 128 casus sendt til St Olavs hospital fra Ålesund sykehus. Omtrent samme mengde blir innkalt til Oslo universitetssykehus hvert år.

7.4 Gruppens anbefalinger, inkludert endring i funksjonsfordeling

Det er behov for en sterk styrking av patologi innen Helse Midt-Norge frem mot 2020.

Alle tre patologiske avdelinger er i dag underbemannet, spesielt er situasjonen kritisk ved Ålesund sykehus.

Små miljøer er sårbare, og frafall av nøkkelpersoner vil kunne få store konsekvenser. Vi anbefaler derfor en større, samlet patologisk avdeling i Møre og Romsdal, som samorganiseres med patologien ved St. Olavs Hospital, for eksempel ut fra samme modell som man i dag har innen onkologien.

Små miljøer kan være mer sårbare enn store.

Patologiavdelingene i Møre og Romsdal har i mange år hatt kort svartid på sine undersøkelser, selv med liten bemanning.

Selv om patologiavdelingen ved St Olavs hospital har en langt større bemanning enn patologiavdelingene i Møre og Romsdal, makter avdelingen i dag ikke sine rutineoppgaver og har valgt å sende bort 12 000 biopsier årlig til Laboratorium for Patologi i Oslo. Avdelingen har i tillegg i mange år hatt svært lang svartid på sine undersøkelser.

På grunn av kapasitetsproblemene ved Avdeling for patologi ved St. Olavs hospital, har avdeling for patologi ved Ålesund sjukehus ikke hatt vesentlig støtte fra St Olavs hospital de siste 25 år.

Vi tror at anbefalingene i Kreftplanen sett på bakgrunn av vår erfaringer gjennom 25 år, ikke er realistiske når det gjelder organisering av patologi-faget i regionen. Forslaget vil kreve en velfungerende avdeling ved St Olavs hospital.

Vi mener alle patologiavdelinger må fungere selvstendig. Det må være opp til fagpersonellet ved hver avdeling å vurdere egen kompetanse, for eksempel hvilke prøver en kan besvare selv og hvilke som bør sendes bort til konsultasjon. En praktisk samorganisering utover dette vil ikke kunne fungere i praksis.

Krevende analyser bør sentraliseres til et sykehus.

Vi antar at det her menes at krevende analyser bør sentraliseres til **ett** sykehus.

Det er ikke nærmere definert hva som menes med en krevende analyse.

Vår avdeling har ikke utført analyser som vi ikke har kompetanse til. Det må defineres nærmere hva som menes med krevende analyser før vi kan ta standpunkt til utsagnet.

Nye analysemetoder bør innføres ved St. Olavs Hospital først.

Dette er vi ikke enige i. Det må være opp til fagmiljøet ved hver avdeling å vurdere egen kompetanse og behovet for nye analysemetoder.

Tverrfaglig kontakt mellom patolog og andre faggrupper må styrkes, og patolog må inngå i relevante tverrfaglige team.

Detter støtter vår avdeling og vi har gode erfaringer med tverrfaglig samarbeid.

Helse Midt-Norge bør innføre digital patologi. Det vil gi fleksibilitet, økt effektivitet og sikrere drift ved fravær og sykdom.

Innkalte prøver: I 2010 var det 105 casus, i 2011 128 casus innkalt til St Olavs hospital. Omtrent samme mengde blir innkalt til Oslo universitetssykehus hvert år. Her kan det være tidsbesparende å bruke digital patologi for ca. 250 casus per år fra Ålesund.

Primær diagnostikk: Digital patologi er **ikke** et middel som gir ressursbesparende effekt. Patologmangel i vår helseregion kan ikke kompenseres ved hjelp av digital patologi. Det må en patolog til for å vurdere enten snitt eller bilder

Kreftkirurgi er avhengig av patologiske frysesnitt.

Kreftkirurgi er avhengig av muligheten for frysesnitsundersøkelser, dette er i dag et tilgjengelig tilbud ved alle patologiavdelingene i regionen.

Sykehus som utfører kreftkirurgi er derfor avhengig av patologitjenester, og dette må være en forutsetning for at spesifiserte typer kreftkirurgi kan foregå ved sykehuset.

Kreftkirurgi er avhengig av patologitjenester, dette er i dag et tilgjengelig tilbud ved alle patologiavdelingene i regionen.

Patologmangel kan også i vår helseregion være en flaskehals for kreftdiagnostikk.

Vi har hatt i helseregionen 120629 undersøkelser i 2011, 6810 er sendt til Oslo. Regionen genererer samlet **127439 undersøkelser**.

Det tilsvarer **24,6 årsverk** for en patolog (etter gamle normer) eller **51 årsverk** for en patolog (etter "nye normer").

Det er bare **15,8 overleger** ansatt.

Aktivitet mht antall prøver 2011	Biopsier	CervixCyt	Exfolitiv	Punksjons	Frysesnitt	Obduksjon
Årsrapport DNP 2011						
St. Olavs hospital	36345*	35006	1686	1571	611	177
Molde sjukehus	7279	7963	1559	313	52	26
Ålesund sjukehus	14403	10683	2319	438	198	0

* 6810 sendt til Lab. for patologi

Antall leger 2011	Overleger	LIS
Årsrapport DNP 2011		
St. Olavs hospital	12	8 derav 7 i vikariater
Molde sjukehus	2	0
Ålesund sjukehus	1,8	0

St. Olavs hospital har ikke produsert en patologspesialist til sjukehus i Molde eller Ålesund. Det må vurderes hvordan det kan igangsettes et tilbudt for utdanning i patologi ved de 2 mindre avdelingene med støtte fra St. Olavs hospital for spesielle deler i utdanningen.

Som allerede nevnt ved innledning har begge patologilaboratoriene i dette fylket i øyeblikket god tilgang på bioingeniører.

Høy og stabil kvalitet på rutinearbeidet i patologilaboratoriene er en forutsetning for at patologens arbeid skal kunne gjøres raskt og effektivt. Tilstrekkelig med bioingeniørstillinger i laboratoriet kan på den måten bidra til å lette patologspesialistens arbeid.

Den aktuelle situasjonen i patologiavdelingene i helseregionen - spesielt mangel på spesialister i patologi - ansees som kritisk i henhold til å kunne overholde målene fra kreftplanen.

For avdeling for patologi
Ålesund sjukehus
Helse Møre og Romsdal HF



2-99 PATOLOGIFAGET I DET NORSKE HELSEVESEN



- Diagnostikk av celler og vev, særlig knyttet til; *Kreft og kreftliknende tilstander*
- Betjener kliniske fagområder; *Kirurgi, Indremedisin, Gynekologi, Allmennpraksis osv...*
- Medvirkende i organiserte kreftundersøkelser; *Bryst, livmorhals og tykktarm*

PATOLOGIFAGET I DET NORSKE HELSEVESEN

«Med pasientens liv og helse under mikroskopet»

IK-2682



Statens helsetilsyn

Calmeyers gate 1
Pb. 8128 Dep., 0032 Oslo
Tlf. sentralbord: 22 24 88 88
Faks: 22 24 95 90
E-post: postmottak@helsetilsynet.dep.telemax.no
Internett: <http://www.helsetilsynet.no>

Forside: Jan-Robert Lund

Fotografi «*Vevsprøvetaking (biopsi). Pasient og lege*»: Victor Dimola/Samfoto

Øvrige foto/grafikk: Jan-Robert Lund

Forord

Patologifaget er tradisjonsrikt som ett av de eldste fagområder ved de medisinske læresteder. Samtidig er faget preget av moderne teknologisk utvikling med nye undersøkelsesmetoder og nye utfordringer. I forbindelse med den økte oppmerksomhet om kreftsykdommer er patologien kommet i fokus som en mulig begrensning i ønske om større diagnostisk aktivitet, både ved screening og i forhold til den enkelte pasient. Det har også vært påpekt fra flere hold en bekymring for kvalitetssikringen av den kliniske virksomhet ved at obduksjonsfrekvensen stadig har gått ned ved de norske patologiavdelingene.

Det er fokusert på rekrutteringsproblemer og spesialistmangel i flere laboratoriefag gjennom 1990-tallet. Ved hjelp av ulike stimulerings tiltak ser det ut til at rekrutteringen for patologi nå har bedret seg. Imidlertid er det viktig at faget får anledning til å fylle sin plass innen diagnostikk, kvalitetsutvikling, undervisning og forskning.

Statens helsetilsyn har ønsket å bidra til å sette fokus på patologifagets oppgaver, organisering og forventede utvikling. Den foreliggende rapport er utarbeidet av en faggruppe under ledelse av professor Tor Jacob Eide. Arbeidsgruppen peker på viktige utfordringer for faget i tiden fremover, både for utvikling av nye diagnostiske områder og eventuelle avgrensning av andre områder. Det er innhentet kommentarer til rapporten fra et utvalg spesialister innen kliniske fag og samfunnsmedisin.

Statens helsetilsyn vil takke arbeidsgruppen for det betydelige arbeid som er nedlagt og uttrykke håp om at rapporten vil bidra til en hensiktsmessig organisering og utvikling av patologifaget i Norge.



Lars Hanssen
fung. helsedirektør

INNHold

1 BAKGRUNN FOR RAPPORTEN	3
1.1 OPPNEVNING AV UTVALGET OG ARBEIDSFORM	3
1.2 MANDAT.....	3
1.3 TOLKNING AV MANDAT OG MÅLGRUPPE	3
1.4 POLITISKE OG FAGLIGE GRUNNLAGS-DOKUMENTER	4
2 PATOLOGIFAGET	7
2.1 HISTORIKK.....	7
2.2 AVDELINGER OG LABORATORIER.....	7
2.3 UNDERSØKELSER.....	8
2.3.1 Vevsundersøkelser.....	8
2.3.2 Celleundersøkelser.....	9
2.3.3 Obduksjoner.....	10
2.3.4 Spesialundersøkelser.....	12
2.4 FORSKNING OG UNDERVISNING.....	13
2.5 SPESIALISTUTDANNINGEN.....	13
2.5.1 Krav til spesialistkandidaten.....	13
2.5.2 Krav til institusjonen.....	14
2.6 PRØVEVOLUM.....	14
2.7 BEMANNING	18
2.8 SAMSPILL MED ANDRE AKTØRER	18
2.8.1 Patologiens plass og betydning i dag	18
2.8.2 Hvem er rekvirentene?	20
2.8.3 Samarbeid med interne aktører.....	21
2.8.4 Samarbeid med universiteter og forskningsmiljøer	22
2.8.5 Interaksjon med den politiske og administrative del av helsevesenet	22
2.9 UTVIKLINGSTENDENSER I PATOLOGIFAGET	22
3 UTFORDRINGER OG PROBLEMOMRÅDER	25
3.1 ARBEIDSFORDELING MELLOM ULIKE AKTØRER I PATOLOGIFAGET	25
3.1.1 Leger og andre yrkesgrupper.....	25
3.1.2 Tekniske stillinger; utdanning og praksis	25
3.1.3 Overleger og assistentleger	28
3.2 ARBEIDSFORDELING MELLOM ULIKE INSTITUSJONER	28
3.2.1 Arbeidsfordeling mellom sentralsykehus og regionsykehus.....	28
3.2.2 Forholdet mellom universitet og regionsykehus	29
3.2.3 Bruk av private laboratorier	29
3.3 INFORMASJONSTEKNOLOGI OG KONTOR-FUNKSJONER	30
3.3.1 Kontorfunksjoner	30
3.3.2 Pasientadministrative datasystemer.....	32
3.3.3 Telepatologi	32
3.4 SAMSPILL MED BRUKERNE.....	33
3.4.1 Interaksjon med rekvirentene.....	33
3.4.2 Patologifaget innenfor spesielle sykdomsgrupper	39
3.4.3 Patologen som rådgiver.....	40
3.4.4 Det diagnostiske grunnlag	42
3.4.5 Det vitenskapelige referansegrunnlag	43
3.4.6 Patologifagets betydning for nasjonale registerfunksjoner	44
3.4.7 Samarbeid mellom patologiavdelinger.	45
3.4.8 Kvalitetskontroll og erstatningssaker	46
3.5 SPESIALISTUTDANNINGEN.....	49
3.5.1 Sentralsykehus eller regionsykehus?.....	49

3.5.2 Fagets innhold og tjenestetid	51
3.6 BEMANNING OG REKRUTTERING	53
3.6.1 Besatte og ubesatte stillinger	53
3.6.2 Bemanningsnormer	54
3.6.3 Pensjonering	56
3.6.4 Rekrutteringstiltak	56
3.6.5 Utenlandske patologer	57
4 FORSLAG TIL LØSNINGER	60
4.1 BRUK AV PATOLOGISK-ANATOMISKE TJENESTER	60
4.1.1 Interaksjon med brukerne av patologitjenester	60
4.1.2 Behov for patologisk kompetanse ved befolkningsundersøkelser	60
4.1.3 Obduksjoner	61
4.1.4 Bruk av private laboratorier	61
4.2 ARBEIDSFORDELING OG KOMPETANSEUTVIKLING FOR STØTTEPERSONALE	62
4.2.1 Etter- og videreutdanning	62
4.2.2 Arbeidsfordeling	63
4.3 REKRUTTERING OG SPESIALISTUTDANNING	64
4.4 BEMANNING	66
4.5 INFORMASJONSTEKNOLOGI	69
4.6 SAMMENFATNING AV FORSLAGENE OG TIDSPLAN	70
5 KILDEHENVISNINGER	72
ETTERORD	74

1 Bakgrunn for rapporten

1.1 Oppnevning av utvalget og arbeidsform

Faget patologi har lidd under en bekymringsfull utvikling i det norske helsevesen de siste 20 år hvor et av de største problemene har vært dårlig rekruttering. Mangel på patologer i dag og inn i neste årtusen er urovekkende. Flere utredninger har vært forfattet uten at dette tilsynelatende har medført en vesentlig bedring av situasjonen slik mange aktører innenfor faget ser det. Helsetilsynet tok vinteren 1997 kontakt med ulike fagpersoner og oppnevnte 28/2 et utredningsutvalg; "i tråd med Sosial- og helsedepartementets ønske for videre klar-
gjøring av problemer med rekruttering m.v. innenfor spesialiteten patologi".

Utvalget fikk denne sammensetning;
Avdelingsoverlege/professor Tor Jacob Eide, Rikshospitalet, leder
Avdelingsoverlege Birger F. Motzfeldt Laane, Vestfold sentralsykehus
Assistentlege Elin Mortensen, Regionsykehuset i Tromsø
*Sjefbioingeniør Trude A. Øvrehus, Region-
sykehuset i Trondheim*

Som sekretær for utvalget ble oppnevnt kontorleder *Jan-Robert Lund, Rikshospitalet.*

Utvalget har i alt hatt åtte møter og ett telefonmøte. Møtene har vært henlagt til Rikshospitalet, RiTØ, RiT, Laboratorium for patologi og Statens helsetilsyn. Utvalget har dels ved telefonspørring og dels ved bruk av spørreskjema innhentet opplysninger fra de ulike patologiavdelinger. I tillegg har patologiforeningen ved daværende leder Johan Eide bistått utvalget med relevante opplysninger. Helsetilsynet har finansiert reiser og utlegg i forbindelse med møtene.

1.2 Mandat

Helsetilsynet ga utvalget i sitt første møte forståelse av sitt kjennskap til fagets rekrutteringsvansker, men ønsket i tillegg til behandling av dette problemet en bredere beskrivelse av fagets organisering, oppgavefordeling, bruk av moderne informasjonsteknologi og interaksjon med brukerne. Det ble derfor utferdiget et mandat som i tillegg til de

generelle rekrutteringsproblemer også skulle belyse de nevnte forhold.

Utvalget ble derfor gitt følgende mandat;

1. *Hvordan kan oppgaver tilrettelegges for å kunne benytte utenlandske patologer i større grad? Hvilke spesifikke rekrutteringstiltak kan gjennomføres ovenfor patologer i andre land, også utenfor EØS-området?*
2. *Vurdere tilrettelegging av oppgaver og oppgavefordeling mellom forskjellige kategorier arbeidskraft (hensiktsmessig bruk av stillingshjemler), inklusive støttefunksjoner for nøkkelaktiviteter.*
3. *Hvordan kan bruk av moderne IT lette situasjonen i patologisk-anatomiske avdelinger, kfr, også "Steine-utvalgets" innstilling "Pasienten først" NOU 1997: 2.*
4. *Forholdet til kliniske avdelinger og polikliniske tjenester (primærhelse-tjenesten, spesialister utenfor sykehus):*
 - *bruken av patologisk-anatomiske avdelinger*
 - *indikasjon for prøvetaking*
 - *tilbakemelding og kommunikasjon med brukerne*
5. *Endre evt. opphør av gruppeføring av avdelingene i forhold til spesialistutdannelse.*

1.3 Tolkning av mandat og målgruppe

Utvalget har i sitt arbeid prøvd å i vareta de spørsmål og problemstillinger som kommer til uttrykk i mandatet, men også forsøkt å se dette i sammenheng med den mangel på ressurser som faget har hatt gjennom de år hvor problemene har utviklet seg.

Det har derfor vært nødvendig når behovet for utenlandske patologer reises i punkt 1, å se dette i lys av de rekrutteringsvansker som faget har og hvilke bakenforliggende faktorer som ligger til grunn. Er f.eks. dagens spesialistutdanning i patologi hensiktsmessig (punkt 5) og er dagens gruppeføring av de enkelte patologiavdelinger i samsvar med overordnede behov? Det har også vært

nødvendig å analysere konsekvens av import av utenlandske patologer og derfor innhente opplysninger om de erfaringer som norske patologiavdelinger besitter på dette området. Endringer i formelle kompetansekrav for leger i og utenfor EU-området har også skaffet store ulikheter i godkjenningsordninger for leger med spesialistutdanning fra utlandet. Dette har medført store vansker for den enkelte avdeling når utenlandske patologer utenfor EØS-området søker tjeneste.

Når utvalget er blitt bedt om å vurdere hensiktsmessig oppgavefordeling mellom ulike kategorier arbeidskraft (punkt 2) har vi forstått mandatet slik at potensiale for endringer kan eventuelt tas ut som en gevinst som kan øke kapasiteten og redusere den legeintensive delen av virksomheten. Faget patologi har lange tradisjoner i en forutsigbar tilrettelegging av arbeidsoppgaver mellom ulike personellgrupper og virksomheten styres av pasientbehov, lovgiving, spesialistutdanning og ferdigheter og kompetanse til ulike profesjoner. Dette skaper klare, men også tradisjonsbundne grenser mellom ulike aktører i faget.

Patologi har en svært viktig betydning i beslutninger som er avgjørende for pasienten. Det gjelder spesielt vurdering av sykdomsforløp (prognose), men særlig beslutning om valg av behandling. Det er derfor viktig at informasjon om patologisk-anatomisk diagnostikk tilfaller de nivåer i helsetjenesten som har behov for denne tjenesten og at informasjonen er presis, komplett og til rett tid.

Moderne informasjonsteknologi (punkt 3) er en viktig katalysator i en prosess som øker muligheten til kvalitative og kvantitative forbedringer i all kommunikasjon. Dette kan gjelde prøvesvarformidling, men vil også kunne bidra til å forbedre rutiner for kvalitetskontroll samt gi mulighet for en forbedret dokumentasjon av det diagnostiske grunnlag (billedokumentasjon), åpne for maskinell "screening" av prøver og åpne for mer bruk av telepatologi. Dernest vil moderne informasjonsteknologi kunne bringe patologifaget nærmere opp mot rekvirentene. Dette vil igjen kunne styrke interaksjonen mellom klinisk medisin og patologi, som igjen kan skape en bedre samhandling og mer riktig bruk av fagets tjenester (punkt 4).

Utvalget har sett det som viktig å fremstille rapporten på en slik måte at den er

forståelig for helsepolitikere. Rapporten tar også sikte på å gi en bred beskrivelse av faget patologi som kan gi økt allmenn forståelse for fagets ytelser.

1.4 Politiske og faglige grunnlagsdokumenter

Patologifaget har i relativt beskjeden grad vært vurdert i offentlige rapporter i forbindelse med kapasitetsforhold, rekruttering og betydning av faget for annen medisinsk virksomhet. Først den siste 5-års periode er det kommet utredninger som er initiert av Helse-tilsynet og Sosial- og helsedepartementet; "*Laboratoriemedisin i Norge*", "*Nasjonal Kreftplan*". Den norske patologforening har derimot ved flere høve tatt initiativ til utredninger som har belyst fagets vanskeligheter. I det følgende vil vi kort omtale de utredninger som har vært mest sentrale i forhold til det mandat komiteen er blitt gitt.

"Generalplan for patologi"

Utredningen "Generalplan for patologi", ledet av professor Olav A. Haugen var den første store utredning i patologifaget og ble utført etter oppdrag for Den norske patologforening. Den ble avlevert mars 1981. Hovedkonklusjonen i utredningen var at med det økende behov for fagets tjenester (økt prøvetall og økt geografisk utbygging de seneste år) var den eksisterende utdanningskapasitet ikke stor nok til å dekke fremtidens behov for patologer. Det ble foreslått å øke antall utdanningsstillinger.

"Stillingsstrukturutvalget"

I juni 1981, noen måneder senere avleverte Stillingsstrukturutvalget nedsatt av Sosialdepartementet, Norske Kommuners Sentralforbund, Oslo kommune og Den norske lægeforening sin innstilling hvor det ble foreslått omgjøring av flere tidsbegrensete stillinger til overordnede legestillinger ved norske sykehus i alle fag. Begrunnelsen var at antall utdanningsstillinger i de fleste spesialiteter var for høyt.

Tabell 1.3.A -Oversikt over utredninger med betydning for spesialiteten patologi.

<i>Oppdragsgiver</i>	<i>Utredning</i>	<i>Års-tall</i>
Den norske patologforening	“Generalplan for patologi”	1981
Sosialdepartementet, Norske Kommuners Sentralforbund, Oslo kommune, Den norske lægeforening	“Stillingsstrukturutvalget”	1981
Yngre lægers forening	“Utredning av utdanningsstillinger i laboratoriespesialitetene”	1985
Den norske lægeforening / Den norske patologforening	“Utredning av antall tidsbegrensete stillinger i patologi”	1985
Den norske patologforening	“Utredning av behovet for rekrutteringsstillinger (B-stillinger)”	1988
Statens helsetilsyn / Sosialdepartementet	“Laboratoriemedisin i Norge”	1994
Den norske patologforening	“Kapasitet, arbeidsbelastning og lønnsforhold i patologiavdelingene”	1996
Sosial- og helsedepartementet	NOU,1997:20 “Omsorg og kunnskap, Nasjonal Kreftplan”	1997
Regionale helseutvalg, Helseregion 2	Regional arbeidsgruppe i patologi	1998

“Utredning av utdanningsstillinger i laboratoriespesialitetene”

I februar 1985 forelå det en utredning utført av Yngre lægers forening for laboratoriespesialitetene hvor det ble konkludert med at det burde være en årlig utdanning av fire nye spesialister hvert år i faget patologi og de anbefalte 16 utdanningsstillinger ved gruppe I-avdelinger. Dette sementerte ytterligere den oppfatning at behovet for spesialister i patologi ikke var påtrengende høyt.

“Utredning av antall tidsbegrensete stillinger i patologi”

Den norske patologforening nedsatte et utvalg etter oppfordring av Den norske lægeforening som skulle vurdere hvilke stillinger som skulle være tidsbegrenset. I innstillingen fra utvalget som forelå juni 1985 ble det foreslått å redusere tidsbegrensete stillinger i patologi fra 44 til 34, men å opprettholde det totale antall utdanningsstillinger (C-stillinger) for sideutdanning.

“Utredning av behovet for rekrutteringsstillinger (B-stillinger)”

I 1988 forelå det en rapport fra et utvalg ledet av professor Leif Jørgensen nedsatt av Den norske patologforening hvor utredning av behovet for rekrutteringsstillinger

i spesialiteten patologi (B-stillinger) ble vurdert. Konklusjonene i utvalget var at det ville bli en betydelig mangel på spesialister i patologi frem til år 2000 og det ble foreslått opprettelse av 25 nye utdanningsstillinger (B-stillinger) i tillegg til de eksisterende 34 (som ble redusert fra 44 i 1985). Det ble foreslått at stillingene skulle fordeles over hele landet også til de større sentralsykehusene.

“Laboratoriemedisin i Norge”

Først i 1994 forelå det en rapport fra en arbeidsgruppe oppnevnt av offentlige helsemyndigheter (Statens helsetilsyn 8-94; “Laboratoriemedisin i Norge”) Arbeidsgruppen som bl.a. bestod av flere leger fra laboratoriespesialitetene ble ledet av professor Steinar Aase. Rapporten konkluderte når det gjaldt patologifaget med bl. a;

- at det offentlige måtte påta seg ansvar for at hvert fylkeslaboratorium kunne rustes opp til å ta all diagnostikk i sitt geografiske ansvarsområde
- betydelig heving av lønn for assistentleger og bedre lønn for overleger
- takstene for offentlige laboratorier måtte økes og takstøkningen måtte bli brukt til utbygging av patologifaget

- opprettelse av 17 overlege- og 18 assistent-legehjemler som en foreløpig minimumsløsning på kort sikt
- opprustning av avdelingene med flere bioingeniørstillinger og mer kontorpersonell
- satse på konsolidering av eksisterende heller enn å bygge ut nye sentralsykehuslaboratorier.

“Kapasitet, arbeidsbelastning og lønnsforhold i patologiavdelingene”

På “vår møtet” i Den norske patologiforening i 1995 ble det oppnevnt et utvalg bestående av overlegene Johan Eide og Rolf Gundersen til å undersøke lønnsforholdene i de offentlige patologiavdelingene. Utredningen belyste forhold som hjemler, besatte stillinger, arbeidsbelastning og lønnsavtaler. Utredningen slo fast at diskrepansen mellom behov og antall tjenesteytende patologer skyldtes en blanding av mangel på patologer (ubesatte stillinger) og mangel på tilstrekkelig antall hjemler. Utredningen konkluderte dessuten med at takstene til offentlige og private laboratorier måtte økes.

“Omsorg og kunnskap”

I juni 1997 ble “Norsk kreftplan” lagt frem (NOU 1997: 20). I utvalgets forslag til tiltak går det frem:

“All kreftdiagnostikk baserer seg på undersøkelser av det syke vevet. Spesialister i patologi står for dette arbeidet. Fagområdet er i rask utvikling, nye diagnostiske metoder har avgjørende betydning for valg av behandling. God moderne kreftbehandling uten adekvat diagnostikk er en umulighet. Fagområdet er i krise. Innen år 1999 må fagområdet patologi styrkes mht.

- økt utdanning av spesialister i patologi ved oppretting av 15 nye utdanningsstillinger samt en rekke andre stimulerings tiltak
- etablering av telepatologi (telemedisinsk service) ved alle regionsykehus og alle sentralsykehus som har avdeling for patologi”.

“Regional arbeidsgruppe i patologi, Helse-region 2”

Det regionale helseutvalg oppnevnte i 1996 en arbeidsgruppe for å vurdere behovet for patologitjenester i Helse-region 2. Bakgrunnen var at regionens fylkeskommuner var

i forhandlinger med de private patologilaboratoriene for fastsettelse av prøvevolum og kostnader i forbindelse med omlegging til ny finansieringsordning for private laboratorier og røntgeninstitutter. Det ble tidlig klart at fylkeskommunene hadde betydelig avhengighet til private patologilaboratorier for å få utført nødvendige tjenester som følge av manglende kapasitet i de offentlige avdelinger i patologi innen regionen.

Arbeidsgruppen anbefalte at alle sentralsykehusene med unntak av Aust-Agder skulle ha en minimum bemanning med seks overleger og to assistentleger for å styrke rekrutteringen til patologifaget ved sentralsykehusene og at det burde gis minimum 14 mill kroner for innkjøp av nytt utstyr. I tillegg ble det anbefalt investering i nytt IT-system ved alle sentralsykehus og en bedring av lokaler for de patologiavdelinger som var dårligst stillet (Telemark, Østfold, Akershus). Rikshospitalet og Radiumhospitalet ble anbefalt i større grad å konsentrere ressursbruken mot spesialdiagnostikk og forskning innenfor de områder som avdelingene har et særlig ansvar for, fremfor å fungere som volumbærende institusjoner for relativt kurant diagnostikk.

2 Patologifaget

2.1 Historikk

Patologifaget har historisk sine røtter i to viktige perioder i utviklingen av den moderne vestlige kultur. Den første perioden inntraff i den kanskje mest betydningsfulle kulturelle epoke i Europa; i renessansetidens Italia, da det for første gang ble vanlig å foreta systematiske obduksjoner, særlig i forbindelse med epidemier. Den tidens leger foretok ofte regelmessige obduksjoner på pasienter som de hadde hatt til behandling, hvor resultatet av obduksjonen ble sammenfattet med kliniske funn i en avsluttende konklusjon som så ble overlevert til avdødes familie.

Den andre perioden utspant seg i midten av det forrige århundre og hadde først og fremst sitt sete i sentral-Europa. Dette skjedde etter at mikroskopet var blitt oppfunnet og man hadde klart å etablere teknikker for vevsundersøkelse. Den person som i størst grad preget denne perioden var den tyske patologen Rudolph Virchow som med sitt konseptuale og visjonære syn skapte en helt ny biologisk forståelse av sykdomsutvikling ved mikroskopiske studier av cellenes utseende.

Felles for begge disse perioder var søken etter kunnskap som ved hjelp av synets betraktning av syke organer og vev, sammenholdt med kliniske opplysninger skapte ny medisinsk erkjennelse. Begge disse epoker har hatt fundamental betydning for all moderne medisinsk virksomhet.

Det første prosektrat i patologi i Norge ble opprettet i 1858 på Rikshospitalet og Emanuel Winge ble utnevnt til stillingen.

En mer utførlig beskrivelse av patologifagets utvikling på de enkelte institusjonene er gjengitt i den Norske Patologforenings 75 års jubileumsskrift.

2.2 Avdelinger og laboratorier

Faget patologi har her i landet i første rekke vært knyttet til universitetssykehusene. Frem til slutten av sekstiårene var det patologiavdelinger kun ved de store sykehusene i Oslo, Bergen og Trondheim. Utover i sytti- og åttiårene skjedde en betydelig ekspansjon med etablering av patologiavdelinger ved de store sentralsykehusene. I dag er det bare Finnmark, Nord-Trøndelag, Sogn- og Fjordane, Hedmark og Aust-Agder som ikke har patologiavdeling

knyttet til ett av sine sykehus. Disse fylkene er derfor avhengig av å sende prøvene til et annet fylke, fortrinnsvis til regionsykehuset eller til private laboratorier.

Avdeling for patologi finnes på alle regionsykehus og universitetsklinikker og i tillegg er det egen diagnostisk avdeling for oral patologi ved Institutt for odontologi ved universitetet i Oslo.

Oversikt over sykehus og institusjoner hvor det utføres patologisk-anatomisk diagnostikk:

Universitetssykehus/institutter:

- Regionsykehuset i Tromsø (RiTØ)
- Regionsykehuset i Trondheim (RiT)
- Haukeland sykehus, Bergen
- Ullevål sykehus, Oslo
- Radiumhospitalet (DNR), Oslo
- Rikshospitalet, Oslo
- Institutt for Odontologi, Oslo

Sentralsykehus og andre sykehus utenom regionsykehus og universitetsklinikker:

- Nordland sentralsykehus, Bodø
- Fylkessjukehuset i Molde
- Sentralsjukehuset i Møre&Romsdal, Ålesund
- Sentralsjukehuset i Rogaland, Stavanger
- Vest-Agder sentralsykehus, Kristiansand
- Telemark sentralsjukehus, Skien
- Vestfold sentralsykehus, Tønsberg
- Buskerud sentralsykehus, Drammen
- Lillehammer fylkessjukehus, Lillehammer
- Sentralsykehuset i Akershus, Lørenskog
- Østfold sentralsykehus, Fredrikstad
- Aker sykehus, Oslo

Ved siden av det offentlige helsevesen har det også etablert seg private tiltak som har fungert som et supplement til offentlig virksomhet. Det første private laboratorium - Laboratorium for patologi A/S ble etablert i 1964 i Oslo. Dette er idag det største patologi-foretak målt i antall vevs- og celleprøver. I tillegg eksisterer det et annet, men mindre laboratorium i Oslo (Gynlab A/S) og dessuten Aquapat i Bodø. Sørlab i Kristiansand ble nedlagt per 31.12.97.

Mens de private laboratorier har tatt hånd om celle- og vevsprøver har de offentlige patologiavdelinger også utført sykehusobduk-

sjoner og rettsmedisinske obduksjoner. I denne presentasjonen vil vi derfor betegne enheter som dekker de tre viktigste funksjonsområder i patologi som patologiavdelinger og private enheter som bare utfører celle- og vevsundersøkelser som laboratorier.

2.3 Undersøkelser

De fleste sykdomsprosesser gir seg uttrykk i strukturelle forandringer i celler og vev som lar seg diagnostisere ved bruk av lysmikroskop. Systematiske og reproduerbare mikroskopiske studier av organmateriale har gitt grunnlag for å klassifisere de ulike sykdomsprosesser. Dette danner utgangspunktet for den klassifikasjon av sykdommer som vi i dag bruker i patologi og i klinisk medisin.

Mikroskopet og teknikken til fremstillingen av tynne färvete vevssnitt og cellepreparater er den metodologiske forutsetning for fagets utvikling og senere store betydning.

Faget patologi har tre hovedfunksjonsområder:

- *Vevsundersøkelse (histologi, biopsier)*
- *Celleundersøkelse (cytologi)*
- *Likundersøkelse (autopsi eller obduksjon)*

I tillegg kommer ulike spesialundersøkelser som vil bli omtalt senere i dette kapitlet.

2.3.1 Vevsundersøkelser

En vevsundersøkelse forutsetter at det skjæres meget tynne snitt (ca 5 tusendedel av en millimeter) av en vevsblokk. Snittet festes på et objektglass og som färves med minst to färveløsninger for å visualisere ulike vevskomponenter. Et slikt vevssnitt fremstilles av en liten vevsblokk som er dypfryst eller som først er formalinfiksert og senere innsatt med parafinvoks gjennom en dehydreringsfase med bruk av bl. a. alkohol. Snitting av vev som er dypfryst kalles for frysensnitt. Denne prosedyren anvendes vanligvis i de situasjoner en pasient ligger på operasjonsbordet og legen tar ut en liten vevsbit fra sykt vev for å få stilt en hurtigdiagnose. De fleste vevsundersøkelser utføres imidlertid ikke på dypfryst, men på formalinfiksert vev. Snitting av formalinfiksert og parafinvoksinnsett vev gir en bedre snittkvalitet som derved bidrar til en mer pålitelig diagnose enn det som kan oppnåes med frysensnitt.



Vevsprøvetaking (biopsi), pasient og lege

Foto: Victor Dimola

En vevsundersøkelse foretas når;

1. *det kirurgisk må fjernes vev og organer som ledd i en behandling (f.eks ved betennelse i galleblæren og blindtarmsvedhenget, muskelknuter i livmoren, forstørret blærehalskjertel, verifisering av sædlederne ved sterilisering, kreft eller forstadier til kreft etc.)*
2. *det tas ut små vevsbiter fra et organ som ledd i en diagnostisk utredningen av en sykdom (f.eks benmargsundersøkelse ved blodsykdommer, vevsbit fra tarm ved tykktarmsbetennelse, hudbiter ved utslett og fra alle svulsterlignende tilstander som gir mistanke om kreft etc.)*

En vevsprøve kan kategoriseres i tre ulike typer;

- **biopsi** = liten vevsbit som tas fra antatt sykt vev for å fastslå diagnose
- **eksisjon** = lokal fjernelse av sykt vev
- **resektater/ekstirpasjoner** = fjernelse av deler av organer, hele organer eller deler av flere organer som følge av utbredte sykdomsprosesser (ved store kirurgiske inngrep)

Fra fjernete organer (eksisjoner og resektater) må det skjæres ut mindre vevsblokker før det kan lages tynne vevssnitt. Dette benevnes som beskjæring. Patologen avgjør med betraktning av det blotte øyet hvilke deler av vevet som skal undersøkes. Patologen

gransker så senere vevssnittet lysmikroskopisk før vedkommende fastsetter en diagnose, ofte ikke før det er utført tilleggsundersøkelser (flere vevsblokkuttak, dypere skjæring av vevsblokkene, spesialundersøkelser).

Bioingeniøren er den som står for bearbeidelsen av vevsblokkene frem til ferdig färvete vevssnitt. Fremstillingen av tynne vevssnitt utført på en spesialinnrettet knivholder (mikrotom) er et typisk håndverksarbeid og det kreves derfor lang erfaring for å oppnå tilfredsstillende snittkvalitet.

2.3.2 Celleundersøkelser

Vevsundersøkelser har vært ansett som et sikrere materiale enn celleprøver når det gjelder å stille presise diagnoser. Celleprøver har imidlertid den fordel at prøvetakingen er mer skånsom for pasienten (uten skjæring i vev) og prøvene kan vanligvis raskere undersøkes. En slik prøve kan bekrefte eller avkrefte mistanke om ondartet sykdom. En celleprøve kan kategoriseres i ulike typer:

- **eksfoliativ cytologi** = avskrapete celler på overflater av organer (f.eks livmorhalsprøve) eller avstøtt i vevsvæsker (urin, kroppshuler)
- **punksjonscytologi** = utsuging av celler med tynn nål (f.eks brystkjertlene)



”Screening ” av celleprøver utført av cytoteknikere Foto: Jan-Robert Lund

En celleprøve, enten det dreier seg om utsugete celler eller celler avstøtt på en organoverflate strykes ut på et objektglass i tynt lag, lufttørres eller fikseres og farves før preparatet blir mikroskopisk undersøkt. De fleste celleprøver tas i forbindelse med masseundersøkelse rettet mot livmorhalskreft. Disse prøvene blir først forundersøkt ("screenet") av bioingeniører for å avdekke uregelmessigheter i cellene. De fleste prøvene er uten positive funn (90%). De prøver som bioingeniørene angir som unormale blir deretter undersøkt av patolog (cytolog) som fastsetter diagnose.

Når det gjelder punksjonscytologiske prøver er det i økende grad blitt vanlig at patologen (cytologen) selv tar prøvene. Dette fordi det er viktig å fastslå hvorvidt en punksjon har vært vellykket mht mengde og representativitet av prøvematerialet. Er materialet ikke tilfredsstillende kan en ny punksjon foretas umiddelbart. I motsatt fall må pasienten kalles inn til ny undersøkelse.

2.3.3 Obduksjoner

Obduksjoner kan inndeles i tre hovedtyper:

- Sykehusobduksjoner
- Rettsmedisinske obduksjoner
- Obduksjoner av døde utenfor sykehus som ikke blir rettsmedisinsk undersøkt

Sykehusobduksjoner innbefatter de som dør i sykehus eller dør på vei til sykehus og hvor det foreligger en skriftlig anmodning til patologen om obduksjon. De fleste av disse blir obdusert i sykehus hvor det er en patologiavdeling.

Obduksjon har særlig betydning for følgende forhold (NOU 1985.37):

- Kartlegge dødsårsak
- Klinisk behandlings- og kvalitetskontroll
- Læremiddel i undervisning
- Medisinsk forskning
- Dødsårsaksstatistikk
- Annen medisinsk bruk som f.eks innøving av nye operasjonsmetoder etc.

I enkelte tilfeller inntreer et uventet dødsfall på sykehus som faller inn under lov og forskrifter om rettsmedisinske obduksjoner. I disse tilfellene skal saken meldes politiet som avgjør hvorvidt tilfellet skal rettsmedisinsk likundersøkes og saken etterforskes.

I enkelte tilfeller ønsker en primærlege eller pårørende å få utført en obduksjon på en som er død utenfor sykehus. Dette gjelder ofte tilfeller hvor primærlegen har vært involvert i behandlingen av pasienten og derfor ønsker å få vite hvorfor pasienten døde. I andre tilfeller er det de pårørende som engasjerer seg i dødsårsaksspørsmålet. I noen av disse tilfellene er det også kjennskap til eventuelle arvelige sykdommer i slekten som ønskes belyst.

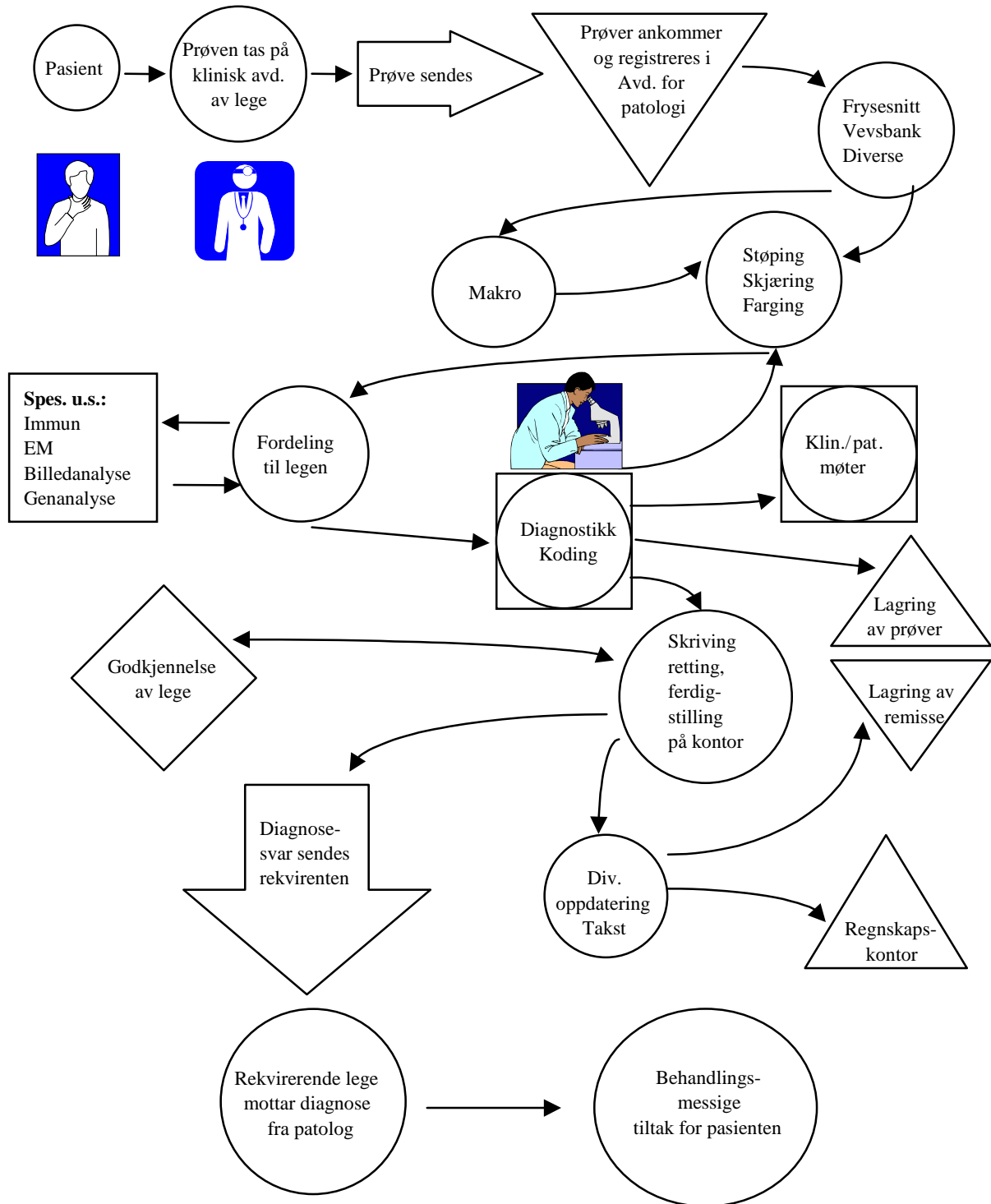
Rettsmedisinske obduksjoner rekvireres av politi og følger lover og forskrifter for rettsmedisinske likundersøkelser. De fleste rettsmedisinske obduksjoner utføres i institusjoner hvor det er ansatt leger og patologer med spesielt ansvar og kompetanse innenfor rettsmedisinske problemstillinger (regionsykehus og Rettsmedisinsk institutt ved Universitetet i Oslo). Patologer på sentralsykehus utfører også rettsmedisinske obduksjoner. Dette gjelder som regel tilfeller



Obduksjon

Foto: Jan-Robert Lund

Kompleks samhandling i en patologiavdeling



hvor det er lite mistanke om kriminell handling (ulykker, drukning, selvdrap etc), men hvor det er viktig å få belyst dødsårsaken og omstendigheter rundt dødsfallet for å avgjøre om særlig politietterforskning skal iverksettes.

2.3.4 Spesialundersøkelser

I tillegg til vanlige histologiske og cytologiske undersøkelser vil det i en del tilfeller være behov for å utføre spesialundersøkelser. Dette gjøres for å komme frem til en mer presis og komplett diagnose. Slike tilleggsundersøkelser er ofte forbundet med betydelig ressursbruk både når det gjelder bruk av arbeidskraft og driftsutgifter.

Undersøkelse av celler og vev ved bruk av vanlig lysmikroskopi gir mulighet til forstørrelse på inntil ca 1.000 ganger i forhold til betraktninger med det blotte øye. For visse sykdommer i spesielle organer vil en tilleggsundersøkelse med bruk av **elektronmikroskopi** være nødvendig (inntil 100.000 gangers forstørrelse). Derved kan selv meget små endringer i celler og vev påvises.

I diagnostisk patologi brukes elektronmikroskopi først og fremst til undersøkelse av nyre- og muskelbiopsier samt på vev fra spesielle svulster og til påvisning av stoffskiftesykdommer. Elektronmikroskopiske undersøkelser utføres bare på regionsykehusene da anvendelsesområdet i patologi er relativt snevert og utstyrsinvesteringene og driftskostnadene er store sammenlignet med annen type vevs- og cellediagnostikk.

Cellene har ulike egenskaper, f.eks. ved at de produserer forskjellige stoffer (proteiner) eller innehar forskjellige overflatestrukturer (antigener) som kan påvises ved bruk av spesielle metoder. En slik metode er **immunhisto- eller immuncytokjemi** hvor man ved hjelp av tilsetning av antistoffer som er spesifikt rettet mot bestemte deler av cellenes strukturer eller synteseprodukter kan påvise disse i et vev- eller cellepreparat. På den måten kan man ved hjelp av immunteknikker påvise bestemte egenskaper hos cellene som er en stor hjelp til å kunne diagnostisere ulike sykdommer. Immunhistokjemi blir ved norske patologiavdelinger brukt i 5-10% av alle vevsundersøkelser. Anvendelsesområdet er relativt vidt og det diagnostiske utbytte stort. Tilsvarende kan **enzymhistokjemiske** undersøkelser benyttes

til påvisning av særlig enzymaktivitet i celler. Denne type undersøkelser har et mindre anvendelsesområde enn immunhistokjemi og brukes til påvisning av nevro-muskulære sykdommer i muskelbiopsier og til påvisning av svikt i enzymaktiviteter (lactase) i tynntarmslimhinne ved ernæringsforstyrrelser.

Molekylærbiologi har de siste 10 årene særlig utviklet seg innenfor det som betegnes som **genteknologi** som har som formål å kartlegge cellenes arvestoffer (DNA og RNA). Dette har bidratt til en helt ny forståelse av sykdomsårsak og sykdomsutvikling. Kartlegging av skade og endringer i arvestoffene har også gitt økte muligheter innenfor faget patologi til å kunne avgi mer presise og komplette diagnoser. Disse nye teknikker er foreløpig bare i en begynnelse. De er inntil nå kun etablert i liten skala innenfor patologifaget og da hovedsakelig på regionsykehusene, særlig innenfor tumor- og virusdiagnostikk. Anvendelsesområdet har inntil nylig hovedsakelig vært basert på filter eller gel-teknikker. For patologifaget vil anvendelsesområdet øke i betydelig grad når **in situ hybridiserings-teknikker** blir enklere å utføre og oppnår større diagnostisk sikkerhet. Dette er teknikker som kan visualisere genskade eller resultat av genskade i histologiske snitt.

Kvantitering i patologi ved måling og telling av vevselementer (**morfometri**) kan i visse situasjoner bidra til å gi en mer presis og korrekt diagnose av en sykdomsprosess. Som regel har dette vært forbundet med tildels betydelig tidsforbruk som ikke har stått i forhold til det diagnostiske utbyttet. Moderne datateknologi gir i dag større muligheter til å kunne foreta rasjonelle målinger enn tidligere (f.eks. benvevsmålinger ved benskjørhet, muskelfiberundersøkelser ved nerve- og muskelsykdommer etc.). Det er i dag relativt få områder hvor denne teknologi er nødvendig, men i fremtiden er det trolig at morfometri kan få større anvendelsesområde.

Elektronisk screening av celleprøver vil være en betydelig hjelp til å redusere ressursbruk i patologiavdelingen. Dette gjelder særlig innenfor det store kvantum av livmorhalsundersøkelser (> 500.000 prøver per år). Det eksisterer billedutstyr og dataprogrammer som er utviklet til dette formålet, men enda er nytten marginal når en tar omkostningene i betraktning.

Kvantitative målinger av celler i en væskeholdig løsning kalles for væskestrømsfotometri (**flowcytometri**) og brukes innenfor visse deler av kreftdiagnostikken. Dette gjelder særlig klassifisering av leukemi og prognosevurdering av enkelte solide kreftsvulster (f.eks eggstokk-kreft, livmorkreft).

Bruk av moderne data-, billed- og informasjonsteknologi har gitt mulighet for utvikling av telemedisinske tjenester. Faget patologi var ved siden av radiologi og dermatologi det første fagfeltet som tok i bruk denne teknologien her i landet. **Telepatologi** har et stort potensiale som et fremtidig nettverkssystem i undervisning og diagnostikk, men enda er teknologien ikke godt nok innpasset i en rasjonell arbeidssituasjon.

2.4 Forskning og undervisning

Patologi er et grunnleggende fag i nesten all medisinsk virksomhet. Fagets historiske utvikling viser til en betydelig forankring i medisinsk forskning. Bruken av metoder som knytter seg til celle- og vevsundersøkelser og derved til medisinsk grunnforskning på den ene siden og til den nære kontakt til pasientorientert virksomhet på den andre siden setter patologi i en særstilling blant medisinske fagdisipliner.

Utvikling av den kliniske patologi ved de store sykehus har alltid foregått i et forskningsorientert miljø. Avdelinger og institutter for patologi har gjennom årene vært hovedsetet for medisinsk forskning. Her har mange forskere tatt sine medisinske doktorgrader. Forrige generasjons kirurger og indremedisinere har i stor utstrekning hatt tjeneste ved patologiavdelinger enten som ledd i sin spesialistutdanningen eller som del av forskerutdanningen.

Patologi inngår som et viktig fag i medisinerutdanningen som knytter basal biologisk kunnskap med klinikk. Kjennskap til sykdommenes endring av den normale form og struktur i celler og vev er viktig for forståelse av riktig diagnostikk og behandling av de ulike sykdommer. Ved alle regionsykehus her i landet har flere av overlegene i patologi hoved- eller bistillingstilknøyning til universitetet for å ivareta viktige undervisnings-

funksjoner. I tillegg deltar som regel andre leger (overleger og assistentleger) i ulike former for undervisning; særlig obduksjonsdemonstrasjoner, kurs og prosjektarbeider etc..

Patologi er også sentralt i videreutdanning av spesialister innen de fleste medisinske fagfelt. Patologer deltar derfor i stor utstrekning i spesialistutdanning og forskerutdanning ved våre universiteter. I utdanningen av patologer nedlegges også en betydelig arbeidsmengde, dels i den formaliserte institusjonsutdanningen som avdelingen er pålagt og dels ved alle de kurs som arrangeres i regi av universitetene i samarbeid med Den norske lægeforening.

Med den økende spesialisering innen andre yrkesgrupper i helsevesenet deltar også patologer i ulike undervisningssammenhenger. Særlig gjelder dette bioingeniørutdanningen, men også til annen yrkes- og universitetsutdanning blir patologer brukt i den grad tid og kapasitet gir mulighet. Et viktig fremtidig potensial som i dag i relativ liten grad er brukt er generell helseopplysning hvor patologi avgjort ville kunne gi et vesentlig bidrag.

2.5 Spesialistutdanningen

Den norske lægeforening har et delegert ansvar fra Sosial- og helsedepartementet/Helsetilsynet for godkjenning av lege-spesialister. Det er nedsatt en egen spesialitetskomite for å vurdere godkjenning av spesialister i patologi og gi råd til Legeforeningen vedrørende krav til spesialistutdanningen og godkjenning av institusjoner.

2.5.1 Krav til spesialistkandidaten

For å bli godkjent spesialist i patologi må en ha fire års hovedutdanning i patologi og ett års sideutdanning etter endt turnustjeneste. Det forlanges i løpet av hovedutdannelsen bearbeidelse av 4.500 vevsundersøkelser som dekker et vidt spektrum av faget. Kandidaten må ha deltatt i besvarelse av 1.400 livmorsprøver. Det settes dessuten krav til gjennomgang av 450 cytologiprøver av annet celledmateriale. Kandidaten skal også utføre 250 obduksjoner hvorav 25 er rettsmedisinske

Tabell 2.6.A -Antall vevsundersøkelser (pasienter) ved landets regionsykehus.

Patologiavdeling	1977	1987	1997
<i>Regionsykehuset i Tromsø (RiTø)</i>	7995	15014	22600
<i>Regions.h. i Trondheim (RiT)</i>	11758	21087	29417
<i>Haukeland sykehus, Bergen</i>	17361	21584	33800
<i>Ullevål sykehus, Oslo</i>	22949	20596	25195
<i>Radiumhospitalet (DNR), Oslo</i>	42217	39461	26800
<i>Rikshospitalet, Oslo</i>	7866	8949	13664
<i>Inst. for Odontologi, Oslo</i>	1111	1485	1330
<i>Total</i>	111257	128176	152806

Tabell 2.6.B -Antall vevsundersøkelser (pasienter) ved andre sykehus.

Patologiavdeling	1977	1987	1997
<i>Nordland sentralsykehus, Bodø</i>	0	9750	10140
<i>Fylkessjukehuset i Molde</i>	4654	7362	6480
<i>Sentralsjukehuset i M&R, Ålesund</i>	2880	5174	9800
<i>Sentrals.h. i Rogaland, Stavanger</i>	3040	11750	18800
<i>Vest-Agder sentrals.h., Kr.sand</i>	3032	5418	11500
<i>Telemark sentrals.h., Skien</i>	2822	1110	10200
<i>Vestfold sentrals.h., Tønsberg</i>	0	4503	6340
<i>Buskerud sentrals.h., Drammen</i>	2753	8751	12500
<i>Lillehammer fylkes.h., L.hammer.</i>	3880	5736	9950
<i>Sentrals.h..i Akershus, Lørenskog</i>	0	10244	13250
<i>Østfold sentrals.h., Fredrikstad</i>	2871	8485	13948
<i>Aker sykehus, Oslo</i>	5979	7286	7300
<i>Total</i>	31911	85569	136208

obduksjoner og 25 med problemstilling knyttet til sykdommer i sentralnervesystemet.

Kandidaten må ha ialt 140 kurstimer hvorav 60 timer må være fra den spesielle patologi. Dertil kommer Legeforeningens administrasjonskurs. Et kurs i rettsmedisin er også obligatorisk.

2.5.2 Krav til institusjonen

Avdelingen som spesialistkandidaten arbeider ved skal, for å kunne være godkjent som utdanningsinstitusjon, gi kandidaten(e) minst to timer formalisert undervisning per uke. Hver kandidat skal ha egen veileder (tutor) som regelmessig skal ta opp forhold relevant for spesialistutdanningen. Veileder bør ha gjennomført Legeforeningens kurs for veiledere. Det skal lages individuelle utdanningsplaner for hver kandidat. Institusjonen må ha bredde og volum i prøvemengde for å

kunne oppfylle kandidatens behov for prøvetall som ideelt skal kunne oppnås innen fire år. Hver institusjon får godkjenning for et bestemt antall år (2-4 år) som utdanningsinstitusjon avhengig av institusjonens utdannelsetilbud, fortrinnsvis basert på prøvetall og sammensetning av prøvemateriale.

2.6 Prøvevolum

I 1977 var det totale prøvevolum av vevsundersøkesler ca. 160.000 her i landet (Tabell 2.6.A,B,C). I løpet av vel 20 år har dette steget med nesten 120% til litt under 350.000 pasientundersøkelser per år. Dette svarer til en årlig økning på gjennomsnittlig 6%. Mens regionsykehusavdelingene hadde en andel på 68,4% av alle vevsundersøkesler i 1977 var denne andelen redusert til 44,6% i

Tabell 2.6.C -Antall vevsprøverundersøkelser (pasienter) ved private laboratorier.

Patologiavdeling	1977	1987	1997
<i>Lab. for Pat. A/S, Oslo</i>	18798	28788	45300
<i>Gynlab. A/S, Oslo</i>	700	764	6218
<i>Akvapat. lab. A/S, Bodø</i>	-	-	2108
<i>Total</i>	19489	29557	53626

1997 (Fig. 2.6.A). For sentralsykehusene (19,6% til 39,8%) og de private laboratoriene har andelen øket (12,0% til 15,7%) fra 1977 til 1997.

I 1977 var det totale antall celleundersøkesler ca 410.000 her i landet (Tabell 2.6.D,E,F). Dette økte til 592.000 i 1987 og til 600.000 i 1997. I 1977 hadde regionsykehusene en høy andel (Fig. 2.6.B) av alle celleundersøkelser (64,9%). Dette er redusert til 37,7 % i 1997. For sentralsykehusene har denne andelen økt fra 9,0 % i 1977 til 33,7 % i 1997. Andelen for de private laboratoriene var i 1977 26,1%. Denne andelen økte til 32,9% i 1987 for så å falle noe til 28,6% i 1997.

Det foretas ca. 25.000 punksjons-cytologiske pasientundersøkelser her i landet hvert år i følge tall fra patologforeningen (Årsrapport for 1997). Av disse tar patologene selv ca 8.000 prøver. Ca 90% av disse tas på regionsykehusene. Det er kun tre sentralsykehusavdelinger hvor patologene selv tar punksjonscytologiske prøver.

I 1977 ble det foretatt 5.740 sykehus-obduksjoner på patologiavdelinger på norske regions- og sentralsykehus. Dette tallet har i 1997 falt til 3637. Det har vært en reduksjon

både på regionsykehusene og sentralsykehusene, men reduksjonen har vært størst på regionsykehusene (3.827 til 2.055) og noe mindre på sentralsykehusene (1.913 til 1.582). Mens regionsykehusandelen i 1977 var 2/3 av alle sykehusobduksjoner som ble utført her i landet var den i 1997 sunket til 56,5%. Antall rettsmedisinske obduksjoner i 1997 var 2088. Således ble det totalt obdusert 5.725 individer i 1997, hvilket er 12,8% av alle som døde (44.595) i 1997.

Vi ser av disse fremstillingene (Fig. 2.6.A og B) at sentralsykehusene har inntatt en større andel av alle celle- og vevsundersøkelser, også obduksjoner i løpet av denne 20 års perioden. Dette skyldes i hovedsak opprettelse av fire nye patologiavdelinger (Sentralsykehuset i Nordland, Sentralsjukehuset i Møre og Romsdal, Sentralsykehuset i Akershus og Vestfold Sentralsykehus).

Undersøkelser ved bruk av immunteknikker utføres i et antall av 22.500. Dette er 6,6% av alle vevsprøver. Elektronmikroskopiske undersøkelser utføres bare på universitetsklinikkene med ca 2.000 prøver i året.

Tabell 2.6.D -Antall celleundersøkelser (pasienter) ved landets regionsykehus.

Patologiavdeling	1977	1987	1997
<i>Regionsykehuset i Tromsø (RiTø)</i>	22565	35752	34742
<i>Regions.h. i Trondheim (RiT)</i>	33020	41146	46064
<i>Haukeland sykehus, Bergen</i>	54465	51179	52450
<i>Ullevål sykehus, Oslo</i>	13580	23269	33754
<i>Radiumhospitalet (DNR), Oslo</i>	138226	95827	45459
<i>Rikshospitalet, Oslo</i>	2079	2905	12792
<i>Inst. for Odontologi, Oslo</i>	1111	1485	1330
<i>Total</i>	265946	251563	226591

Fig. 2.6.A

Fordeling av vevsprøver (pasienter) undersøkt ved regionsykehusene, andre sykehus og privatlaboratorier i 1977, 1987 og 1997. Angitt i antall og prosentvis fordeling.

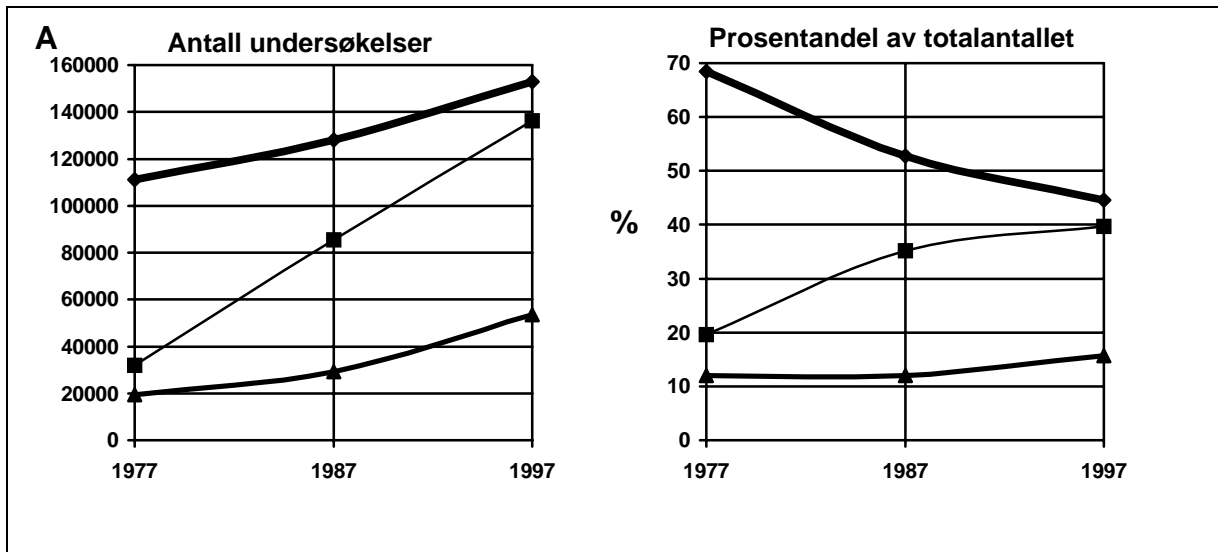
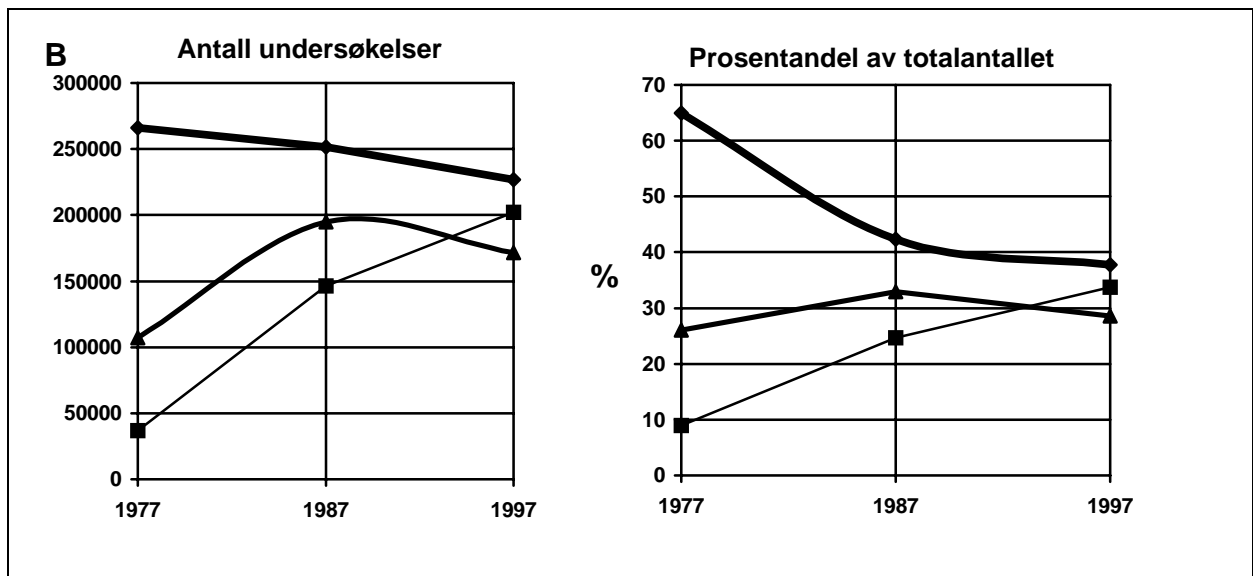


Fig. 2.6.B

Fordeling av celleprøver (pasienter) undersøkt ved regionsykehusene, andre sykehus og privatlaboratorier i 1977, 1987 og 1997. Angitt i antall og prosentvis fordeling.



Tabell 2.6.E -Antall celleundersøkelser (pasienter) ved andre sykehus.

Patologiavdeling	1977	1987	1997
<i>Nordland sentralsykehus, Bodø</i>	0	26000	21293
<i>Fylkessjukehuset i Molde</i>	10600	12523	12611
<i>Sentralsjukehuset i M&R, Ålesund</i>	4709	11897	15325
<i>Sentrals.h. i Rogaland, Stavanger</i>	416	22961	32052
<i>Vest-Agder sentrals.h., Kr.sand</i>	2167	1939	2491
<i>Telemark sentrals.h., Skien</i>	5226	10232	17357
<i>Vestfold sentrals.h., Tønsberg</i>	0	9659	12534
<i>Buskerud sentrals.h., Drammen</i>	0	14652	23570
<i>Lillehammer fylkes.h., L.hammer.</i>	8615	8614	13339
<i>Sentrals.h..i Akershus, Lørenskog</i>	0	17922	25674
<i>Østfold sentrals.h., Fredrikstad</i>	606	8477	24609
<i>Aker sykehus, Oslo</i>	4495	1413	1250
<i>Total</i>	36834	146289	202105

Tabell 2.6.F-Antall celleundersøkelser (pasienter) ved private laboratorier.

Patologiavdeling	1977	1987	1997
<i>Lab. for Pat. A/S, Oslo</i>	106939	145277	123938
<i>Gynlab. A/S, Oslo</i>	0	23170	25500
<i>Sørlab., Kristiansand</i>	0	26600	15400
<i>Akvapat. lab. A/S, Bodø</i>	0	0	6930
<i>Total</i>	106939	195047	171768

Tabell 2.6.G -Antall sykehusobduksjoner ved landets regionsykehus.

Patologiavdeling	1977	1987	1997
<i>Regionsykehuset i Tromsø (RiTø)</i>	333	239	220
<i>Regions.h. i Trondheim (RiT)</i>	456	299	288
<i>Haukeland sykehus, Bergen</i>	880	820	540
<i>Ullevål sykehus, Oslo</i>	(1976) 1933	1333	600
<i>Radiumhospitalet (DNR), Oslo</i>	123	105	120
<i>Rikshospitalet, Oslo</i>	403	327	287
<i>Total</i>	3827	3123	2055

Tabell 2.6.H -Antall sykehusobduksjoner ved andre sykehus.

Patologiavdeling	1977	1987	1997
<i>Nordland sentralsykehus, Bodø</i>	0	84	80
<i>Fylkessjukehuset i Molde</i>	108	74	24
<i>Sentralsjukehuset i M&R, Ålesund</i>	0	46	45
<i>Sentrals.h. i Rogaland, Stavanger</i>	329	386	360
<i>Vest-Agder sentrals.h., Kr.sand</i>	111	186	130
<i>Telemark sentrals.h., Skien</i>	82	21	85
<i>Vestfold sentrals.h., Tønsberg</i>	0	61	59
<i>Buskerud sentrals.h., Drammen</i>	138	209	94
<i>Lillehammer fylkes.h., L.hammer.</i>	287	200	110
<i>Sentrals.h..i Akershus, Lørenskog</i>	0	352	130
<i>Østfold sentrals.h., Fredrikstad</i>	104	62	120
<i>Aker sykehus, Oslo</i>	754	56	350
<i>Total</i>	1913	1737	1587

Tabell 2.6.I -Antall pasientundersøkelser i 1997 hvor bruk av immunteknikker og elektronmikroskopi inngår.

Institusjoner	Immunundersøkelser (antall og %)		Elektronmikroskopisk undersøkelser (antall og %)	
	Regionsykehus	17483	77,4 %	1892
Sentralsykehus	5102	22,6 %	0	0,0 %
Alle patologi-avdelinger	22585	100,0 %	1892	100,0 %

Kilde: Årsrapport Den norske patologforening 1997

2.7 Bemanning

Det er 181 stillingshjemler for overleger og assistentleger godkjent av ULS per 31.12.1998. Oversikt over antall hjemler og stillinger viser diskrepans mellom tall oppgitt av Helsetilsynet (offisielle ULS tall) og Årsrapport for Den norske patologforening (nov. 1998). Regionsykehusavdelingene har opprettet gjennomgående flere overlegestillinger enn det som er godkjent i ULS. Totalt er det 60 overlegehjemler per 31.12.98, mens 73 stillinger er opprettet. Tilsvarende har Ullevål sykehus og RiT flere assistentlegehjemler enn opprettede stillinger. Bortsett fra Radiumhospitalet har alle institusjonene hovedansatte professorer/amanuenser på universitetet som også har bistillingstilknøytning til sykehuset. Dette utgjør ialt 14,5 stillinger. I opplysningen fra ULS er det kun gitt 7,7 hjemler for bistillinger (Haukeland;

2,4, RiT; 0,8, Rikshospitalet; 1,5). Disse deltar i noe vekslende grad i den diagnostiske rutine.

Sykehus utenom regionsykehusene har fra 2 til 7 overlegehjemler og 0 til 3 assistentlegehjemler. Det er i alt 50 overlege- og 18 assistentlegehjemler. Det er påfallende at fylkene kun har opprettet 12 stillinger, men disponerer 18 hjemler. Av 12 sykehus er det 5 som ikke har utdanningsstilling (Tabell 2.6.K).

2.8 Samspill med andre aktører

2.8.1 Patologiens plass og betydning i dag

Et moderne helsevesen uten støtte i patologisk-anatomisk diagnostikk vil være utenkelig. Det har derfor vært vanlig praksis blant norske leger å få patologisk-anatomisk undersøkt alt vev som fjernes fra pasientene (med noen unntak). Dette har betydning for at

Tabell 2.6.J -Offisielle hjemler¹⁾ og opprettede stillinger²⁾ for overleger i hovedstilling og bistilling og assistentleger ved regionsykehusene.

Patologiavd.	Overl/avd.o.l./i kombinasjon med/uten prof.II/ aman.II		Prof I/ aman.I/ i kombinasjon med o.l. II	Assistentleger	
	Hjemler	Stillinger	Stillinger	Hjemler	Stillinger
<i>RiTø</i>	8	8	4	7	7
<i>RiT</i>	11	14	2	7	6
<i>Haukeland</i>	11	11	6,5	7	7
<i>Ullevål</i>	9	15	0	9	6
<i>DNR</i>	13,3	17	0	9	9
<i>RH</i>	8	8	2	6	6
<i>Total</i>	60,3	73	14,5	45	41

¹⁾ Offisielle tall fra ULS per 31.12.1998

²⁾ Årsrapport den norske patologforening 1998

Tabell 2.6.K - Offisielle hjemler¹⁾ og opprettede stillinger²⁾ for overleger og assistentleger ved andre sykehus.

Patologiavdelinger	Overleger/avd.overleger		Assistentleger	
	Hjemler	Stillinger	Hjemler	Stillinger
<i>Nordland s.s., Bodø</i>	4	4	2	2
<i>Fylkess.i Molde</i>	2	2	0	0
<i>Sentrals. i M&R, Ålesund</i>	2	2	0	0
<i>Sentrals. i Rog., Stavanger</i>	7	7	5	3
<i>Vest-Agder s.s., Kr.sand</i>	5	5	2	0
<i>Telemark s.s., Skien</i>	4	4	1	1
<i>Vestfold s.s., Tønsberg</i>	5	4	1	1
<i>Buskerud s.s., Drammen</i>	5	5	2	2
<i>Lillehammer fylkess.</i>	4	4	1	1
<i>S.s..i Akershus, Lørenskog</i>	4	5	0	0
<i>Østfold s.s., Fredrikstad</i>	4	4	2	0
<i>Aker sykehus, Oslo</i>	4	3	2	2
<i>Total</i>	50	49	18	12

¹⁾ Oppgitt av ULS-sekretariatet per 31.12.1998. I tillegg kommer én overlegehjemmel v/Aust-Agder sentralsykehus, Arendal og to overlegehjemler ved Hedmark sentralsykehus, Elverum

²⁾ Årsrapport Den norske patologforening 1998

den sykelige prosess blir verifisert og riktig klassifisert og at ikke uventede funn av vesentlig betydning blir oversett.

Patologisk-anatomisk diagnostikk er basert på individuell legeerfaring i tolkning av makroskopiske og mikroskopiske funn i tillegg til forskningsbasert kunnskap. Faget avviker fra andre laboratoriefag som i større grad er automatisert og kan drives med mindre legebaserst støtte.

Sender en lege en blodprøve til et klinisk-kjemisk laboratorium får legen svar på de analyser som ønskes utført (blodprosent, kolesterol etc), men vanligvis ingen sykdomsdiagnose. Sender legen derimot en vevs- eller celleprøve til en patologiavdeling får han en sykdomsdiagnose som svar fra patologen. Dette gjør faget patologi mer likt klinisk pasientorientert arbeid og danner også grunnlaget for et så vidt meget større

legebehov i forhold til andre laboratorie-spesialiteter.

All diagnostikk og behandling av kreft er basert på patologisk-anatomiske diagnoser. Patologisk-anatomisk diagnostikk blir i økende grad brukt til å utelukke kreft på tilstander som ligner kreft (f.eks. føflekker). Dette er viktig å ha klart for seg når en vurderer det totale volum av histologiske og cytologiprøver.

I tillegg til kreft er undersøkelse av kroniske betennelsestilstander i ulike organer (mage-tarm, lever, nyre, lunger, hud, muskulatur, etc) et område hvor vevsundersøkelser har en svært viktig plass i den diagnostiske utredningen og oppfølgingen av pasienten. Det samme gjelder en del infeksjonssykdommer ofte hos pasienter med svekket immunforsvar. Likeledes inngår vevsundersøkelser i utredning av pasienter (særlig barn) med mistanke om stoffskiftesykdommer og arvelige og medfødte sykdommer ofte i forbindelse med aborter og dødfødsler.

Ett særlig viktig område er vevsundersøkelse i forbindelse med diagnostikk av sykdommer i sentralnervesystemet, som regel i forbindelse med obduksjon. Særlig gjelder dette kroniske tilstander som medfører svekkelse av nerve- og muskelsystemet (som f. eks Parkinsons sykdom, multipel sklerose, alkoholisme, etc), og uklare demenstilstander som f.eks Alzheimers og Creutzfeldt-Jacobs sykdom.

En vevsundersøkelse ansees som regel som "gullstandard" i å fastslå korrekt diagnose og kan vanligvis ikke erstattes av andre undersøkelser.

For en patolog er god kommunikasjon med rekvirerende lege (opplysninger angitt på remisse) viktig. I enkelte tilfeller vil kontakt med røntgenlege og andre laboratorieleger (f.eks. mikrobiolog) være av betydning, men stort sett hviler diagnosen på det grunnlag patologen kommer frem til ved mikroskopering av vevsnett eventuelt med tillegg av spesialundersøkelser (elektronmikroskopi, immunhistokjemi).

2.8.2 Hvem er rekvirentene?

Bruk av celleprøver er særlig knyttet opp mot livmorhalsundersøkelser der prøvene vanligvis tas av allmennpraktiserende leger og gynekologer. Celleprøver fra andre organer tas av leger på øre-nese-halsavdelinger og kirurger når det gjelder punksjonscytologisk under-

søkelse av svulstlignende tilstander på halsen og av kirurger når det gjelder "kuler" i brystene og fra andre overflattisk beliggende organsystemer (underhud/muskulatur/ lymfeknuder etc). Svulster i innvollsorganene krever som regel ultralydveiledning og utføres derfor i stor grad på røntgenavdelingene. Undersøkelser av kroppsvæsker (urin, ascites, hjernevæske) er også et annet viktig område hvor celleprøver inngår.

Fjernelse av føflekker og svulstlignende tilstander i hud utføres i stort antall av allmennpraktiserende leger, men også av hudleger og kirurger. Kikkehullsbasert vevsprøvetaking fra mage/tarm, luftveier og urinveier utføres av indremedisinere og kirurger. Operasjonspreparater mottas fra kirurgiske og andre operative avdelinger (kirurgi, øre-, nese-, hals-, gynekologi, ortopedi etc.). Selv "småfag" som øyespesialiteten, nevrologi og revmatologi baserer deler av sin diagnostikk på patologisk-anatomiske undersøkelser.

Patologen kommuniserer primært med de legene som har tatt prøven ved å gi skriftlige svar med mest mulig presise og komplette diagnoseformuleringer ofte med utdypende forklaringer og anbefalinger om videre tiltak. Ved hurtigsvar (cito!) er det vanlig å telefonisk meddele legen som har tatt prøven hvilken diagnose som er stillet.

Tradisjonelt har demonstrasjon av obduksjonsfunn vært en sentral arena hvor patolog og kliniker har diskutert viktige forhold ved diagnostikk og behandling av pasienter som dør i sykehus.

Ved alle patologiavdelinger på sentral- og regionsykehus inngår klinisk-patologiske konferanser som en del av det nødvendige samspill mellom patologer og klinikere. Dette er en nødvendig organisering av virksomheten for å optimalisere utbyttet av den foretatte vevsundersøkelsen og fungerer også som et viktig kvalitetskontrolltiltak. En klinisk-patologisk konferanse foregår som en intern konferanse med demonstrasjon av videobilder av histologiske og cytologiske preparater projisert på storskjerm hvor både klinikere og patologer kan diskutere funn og kliniske opplysninger.

Samarbeidet med allmennpraktiserende leger og perifere sykehus foregår vanligvis telefonisk. Det er få patologiavdelinger som har formalisert møtevirksomhet med eksterne rekvirenter. Dette gjelder både

offentlige avdelinger og private laboratorier (med noen unntak).

2.8.3 Samarbeid med interne aktører

Samarbeidet med andre patologer internt på avdelingen er spesielt viktig. Særlig har dette betydning for å diskutere diagnoser, gi undervisning og fremme nye perspektiver og utviklingsplaner for avdelingen. Et godt fungerende kvalitetssikringssystem på en avdeling er avhengig av gode samarbeidsrutiner. I tillegg er et godt kollegialt samvær helt avgjørende for å fremme et stabilt og trivelig arbeidsmiljø. Dette har igjen en helt avgjørende betydning for rekruttering av leger som vil bli patologer.

Samarbeid med annet helsepersonell; bioingeniører, laboranter, preparanter og den medisinskfaglige kontortjeneste er også viktig

og påvirker i høy grad kvaliteten på avdelingens ytelser. Et fint, balansert arbeidsmiljø er kanskje den viktigste faktoren på en godt fungerende patologiavdeling. For å oppnå dette må en ha tid, personlige evner og ressurser. En god bemanningssituasjon tilpasset eksisterende arbeidsmengde er derfor viktig.

Et annet viktig element i all patologi-virksomhet er kommunikasjon med andre kollegaer på andre patologiavdelinger. Med den store bredde det er i faget, som skal betjene alle de kliniske spesialiteter, er det selvsagt at den enkelte patolog og avdeling ikke behersker alle sider av faget. Det hender derfor at det sendes vevssnitt og celleutstryk til konsultasjon mellom patologiavdelinger ved behov.



Felles problemløsning blant patologer rundt et stort mikroskop

Foto: Jan-Robert Lund

2.8.4 Samarbeid med universiteter og forskningsmiljøer

Patologi er et forskningsbasert fag og for fagets utvikling er nær kontakt til gode forskningsmiljøer, særlig på universitetene av betydning. Dette har også vært en tradisjonsbærende del av faget som vi tidligere har pekt på. Vevs- og celleundersøkelser inngår i mange forskningsprosjekter og det er derfor av stor betydning at interaksjonen med akademisk og diagnostisk patologi er god. Her kan en hente gjensidig inspirasjon til utvikling av nye metoder og komme frem til ny medisinsk erkjennelse. Gjensidig samarbeid mellom universitet og regionsykehus har også bidratt til felles utnyttelse av kostbart utstyr (f.eks elektronmikroskop, flowcytometer, billedanalyse etc).

Spesielt er kompetanseutnyttelse et område som bidrar til høyning av faglig standard og som kommer både universitets- og sykehusdelen til gode. I tillegg vil en positiv rekruttering til begge sider av faget kunne oppnåes dersom gode samarbeidsordninger etableres. Således er samspillet med gode forskningsmiljøer en nødvendig basis for patologifagets virksomhet og fremtid.

2.8.5 Interaksjon med den politiske og administrative del av helsevesenet

Kjennskapen til faget patologi er ofte mangelfull blant mange i helsevesenet, i det offentlige byråkrati og blant politikere med ansvar for helse spørsmål. Det er ikke uvanlig at patologi identifiseres i første rekke med likundersøkelser. For å synliggjøre dette sakses følgende avsnitt i forordet til William Mc. Kee German's bok "Doctors Anonymus":

"Patologen kunne passende kalles legevitenenskapens ukjente mann. Millioner av mennesker som aldri har vært i en operasjonssal, har sett kirurgen i arbeid på kino eller teater. Millioner av andre er kommet i personlig kontakt med obstetrikeren som hjelper barna til verden, eller pediateren som verner om helsen senere i livet..... Men når en tilfeldig bekjent spør meg hva slags lege jeg er og jeg svarer "patolog", ser han like klok ut. Tilmed venner som ikke er leger, men som jeg har kjent en ti-femten år, venner som faktisk har sett meg arbeide i

laboratoriet har høyst dunkle forestillinger om hva som menes med patologi."

De fleste patologer vil kjenne seg igjen i denne beskrivelse. Bevisstheten om patologien selv blant folk som arbeider i helsevesenet er ofte svært mangelfull. Denne manglende oppmerksomhet gir ofte utslag i (utilsiktet?) nedprioritering av faget. Derfor er patologer i liten grad trukket med i komitearbeid vedrørende prioriteringer i helsevesenet. Dette har sine konsekvenser med manglende synliggjøring av fagets betydning. Et bedre samspill med helsepolitikere og helseadministratorer og en høyning i forståelsen av patologifagets betydning i grupper som har avgjørende innflytelse på utformingen av helsepolitiske standpunkter er svært viktig. Særlig er det av betydning at helsepolitikere og administratorer i helsevesenet er klar over de belastninger som introduseres for bl.a. patologiavdelinger når nye pasienttiltak settes i verk.

2.9 Utviklingstendenser i patologifaget

Arbeidsbelastningen for patologiavdelingene bestemmes i hovedsak av eksterne forhold, dvs. aktiviteter knyttet til det kliniske arbeid ved sykehus og i allmennpraksis. Med den eksplosjonsartede økte kunnskapsmengde innen naturvitenskap og medisin parallelt med den teknologiske utvikling vil forventningene og senere forpliktelsene til patologifaget bli større i de nærmeste årene. Dette *kan* bidra til videre økning i prøvetall, men belastningen vil også bli større som følge av økt innsats per prøve (kvalitetskontroll, spesialundersøkelser). I Generalplan for patologi av 1981 ble det beregnet at det ble foretatt vevsundersøkelse av 4 av 100 mennesker i Norge hvert år. Dette er i 1997 økt til det doble (8 av 100).

Vi vil forvente at antall vevsundersøkelser vil øke med ca 3-4% hvert år i årene som kommer. Dette er noe mindre økning enn det vi har hatt i den siste 20 års perioden (ca. 6% pr. år). Større behov for verifisering av den sykelige prosess og økt tilgjengelighet til spesialundersøkelser og krav til kvalitets-sikring har medført at det tas ut mer vevsmateriale (vevsblokker og snitt) i dag enn for 10 år tilbake. Den utstrakte bruk av

Ytre forhold som innvirker på histologiske og cytologiske prøvetall:

- Bedre utbygd helsevesen (flere leger, styrket primærhelsetjeneste og sykehusvesen).
- Generell befolkningsøkning og større andel eldre i befolkningen
- Større informasjon og kunnskap om helseforhold bidrar til økt press på helsevesenet
- Endring i sykdomsforekomst i befolkningen (f.eks flere krefttilfeller)
- Ny og forbedret medisinsk teknologi gir mulighet til å diagnostisere og behandle flere pasienter
- Større krav til verifisering og dokumentasjon av sykdom (kvalitetssikring)
- Økt antall kontrollundersøkelser for ulike sykdomsgrupper
- Befolkningsundersøkelser (screening på bryst-, tykktarm- og livmorhalskreft)
- Kliniske forsøk (kontrollerte kliniske undersøkelser /behandling)

kikkehullsbasert vevsprøvetaking medfører også at mange prøver er svært små og ofte i stort antall. Dette øker kravene til patologens kompetanse og tidsbruk.

For et visst antall prøver vil riktignok arbeidsbelastningen per prøve forbli relativt konstant. Dette gjelder de prøver hvor hensikten kun er å sikre seg at en ikke har oversett vesentlige kliniske funn (f. eks. føflekker og andre godartede hudsvulster, livmorutskrap etc) og hvor sannsynligheten for alvorlig sykdom for hver prøve er liten i forhold til det store antall prøver.

Ca. 95% av de avgitte diagnoser er basert på lysmikroskopisk undersøkelse utført av én spesialist. Ved innføring av kvalitative og kvantitative systemkrav kan det tenkes at spesielle prøver bør undersøkes av minst to spesialister i patologi. I Nasjonal kreftplan (NOU 1997:20) anbefales det at man av hensyn til den diagnostiske sikkerhet bør innføre dobbelkontroll av alle kreftdiagnoser (anslagsvis 20% av prøvene). I tillegg anbefaler man at det utarbeides et klart mandat for faginteressegrupper om vurdering av diagnostiske rutinetester, utbygging av telepatologinettverk og etablering av hospiteringsordninger for patologer på regionsykehusene.

Når det gjelder celleprøver, som taes med tanke på livmorhalskreft, vil antallet trolig *fortsatt* gå noe ned i følge opplysninger fra Kreftregisteret. Etter innføring av nasjonal masseundersøkelse, sees nå en reduksjon i antall livmorhalsprøver. På noe lengre sikt er det trolig at celleprøver fra livmorhalsen vil bli supplert med undersøkelser på ulike typer av papillomavirus (som anses som medvirkende årsak til livmorhalskreft). Dette er undersøkelser som kan typebestemme alvorlige og mindre alvorlige infeksjoner mhp. kreftrisiko. I fremtiden vil trolig vaksinasjon mot papillomavirus (HPV) bidra til en redusert forekomst av forstadier til livmorhalskreft og derved vil også antall celleprøver gå ned. Dette vil sannsynligvis ikke skje innen de første 10 år.

På andre områder må man imidlertid forvente en økning i volum av celleprøver (brystkreft, kreft i skjoldbruskkjertel) hvor finnålsundersøkelser, men også grovnålsundersøkelser vil inngå som en viktig diagnostisk metode ved alle sykehus og poliklinikker. Likeledes vil røntgenveiledete celle- og vevsundersøkelser i økende grad bli tatt i bruk på inneliggende og tildels polikliniske pasienter som en hurtigundersøkelse for å skaffe seg rask informasjon om den sykelige prosess før kirurgiske inngrep utføres.

I Norge er det nå mindre enn 13% av de som dør som blir obdusert. Dette er svært lavt, sett fra en samfunnsmessig rettsikkerhetsbetraktning og pålitelighet av helsestatistikk, og i forhold til kvalitetssikring av diagnostikk og behandling i helsevesenet og i forhold til behovet for opplæring av spesialistkandidater i patologi.

Sansynlige utviklingstendenser i patologi-faget

- *Fortsatt økning av vevsundersøkelser på 3-4% hvert år inn i neste årtusen (basert på statistikk for siste 20 år)*
- *Reduksjon i antallet celleprøver fra livmorkalsen (iflg Krefregisteret)*
- *Mer bruk av punksjonscytologi; poliklinisk og på inneliggende pasienter*
- *Fortsatt reduksjon i antall obduksjoner (dersom det ikke kommer en ressursøkning og flere stillinger til patologiavdelingene)*
- *Større grad av sentralisering av rettsmedisinske obduksjoner*
- *Betydelig økning av spesialundersøkelser (immuneteknikker og molekylærgenetikk) som ikke vil erstatte, men supplere nåværende undersøkelsesmetoder*
- *Større krav til kvalitetssikring)*
- *Mer automatisering av tekniske prosedyrer medfører større utstyrsinvesteringer i fremtiden*
- *Det kan bli et økende ønske om akkreditering av laboratorier, bl.a. av konkurransemessige forhold.*
- *Større funksjonsfordeling mellom universitetsklinikker og sentralsykehusavdelinger i patologi*
- *Etablering av flere kompetansesentre innen den spesialiserte somatiske helsetjeneste som vil ha betydning for oppgavefordeling i patologi*
- *Større grad av subspecialisering og seksjonering på regionsykehusene*
- *Større grad av funksjonsfordeling blant patologene på sentralsykehusene (feks. cytologi)*
- *Konkurransesutsettelse av helsetjenester (jfr bystyrevedtak i Oslo) vil innvirke på bruk av offentlige og private patologiinstitusjoner*
- *Forbedring av IT-strukturen på sykehus- og patologiavdelingene med elektronisk prøve-svarformidling og intranett*
- *Innføring av telepatologi for undervisning og konsultasjon med elektroniske nettverkløsninger*



3 Utfordringer og problemområder

3.1 Arbeidsfordeling mellom ulike aktører i patologifaget

3.1.1 Leger og andre yrkesgrupper

Det har tradisjonelt vært en tydelig forutsigbarhet i fordeling av arbeidsoppgaver mellom leger og annet personale ved patologiavdelingene. Dette knytter seg til flere forhold. Gjennom lovgivning er legene tillagt det medisinsk-faglige ansvaret ved laboratorieavdelingene. Det andre forhold er et overordnet driftsansvar for å påse at avdelingens rutiner, personell og utstyr er hensiktsmessig og faglig forsvarlig og tilfredsstillende forhold vedrørende helse, miljø og sikkerhet. Dermed er den medisinske oppgave for legene å tolke makro- og mikroskopiske funn og stille diagnoser. Det tekniske personale bidrar til all fremstilling av vev- og cellepreparater til mikroskopisk undersøkelse etter at hensiktsmessig materiale er valgt ut av legene. De utfører dessuten viktig for- og etterarbeid ved obduksjoner. Kontorpersonalet utfører det meste av skrivearbeid som inkluderer svar på alle prøvene og obduksjonsjournaler.

I den praktiske hverdag slutfører legene ved en patologiavdeling alt diagnostisk arbeid. Som vi tidligere har gjort rede for er dette spesielt knyttet opp mot de tradisjonelle områder som faget dekker; vevsundersøkelser og celleundersøkelser i tillegg til obduksjoner. Hvert av disse funksjonsområdene har eget støttepersonell som er tillagt spesielle arbeidsoppgaver og som vanligvis ikke er overlappende med de andre områdene. Dette medfører at obduksjonspreparatene generelt ikke utfører andre arbeidsoppgaver enn det å delta i obduksjoner (med noen unntak). Det samme gjelder for det tekniske personale på vevslaboratoriet eller cellelaboratoriet. På denne måten er det ikke bare en tydelig arbeidsdeling mellom leger og annet personale, men det er også en markert forskjell i arbeidsoppgaver det tekniske personale imellom. En slik organisering er vanlig ved alle større patologiavdelinger, men kan avvike noe ved mindre enheter.

Avdelingsoverlegen har et overordnet ledelsesansvar og har i aktuelle sammenheng et særlig ansvar for fordeling av arbeidsoppgaver mellom legene og mellom legene og annet personale.

3.1.2 Tekniske stillinger; utdanning og praksis

Rekruttering til patologifaget fra de tidligere MIP-skolene (mikrobiologi-immunologi-patologi) og senere bioingeniørhøgskolene har bidratt til en mer ensartet og forutsigbar kvalitet på personale som rekrutteres til de ulike laboratoriefagene enn det som var tilfelle tidligere. Den gang måtte patologiavdelingene i stor utstrekning benytte ufaglært personale. De fleste av disse har i dag fått offentlig godkjenning som følge av langvarig relevant praksis i kombinasjon med tillegg av noe teoretisk skoleing.

Kompetansen til høyskoleutdannet laboratoriepersonale er først og fremst knyttet til den teoretiske forståelsen av de ulike laboratoriefagene betydning i medisinsk sammenheng. For patologifaget er de tekniske og håndverksmessige ferdigheter som utvikles i studietiden mangelfulle og erverves først etter lang tids opplæring (1-3 år) på arbeidsplassen. Høyskoleutdanningen er derfor bare en teoretisk basis for senere utvikling av faglig forståelse og praktiske ferdigheter. Patologiandelen i bioingeniørutdanningen er relativt lav. Kun 10-15 % av all undervisning har direkte relevans for patologi. Etter hvert som det i årenes løp er utdannet en rekke kull fra flere skoler her i landet er rekrutteringen av bioingeniører til patologifaget også blitt bedre, særlig på de avdelinger som har en bioingeniørhøgskole lokalisert til samme institusjon.

Vevsundersøkelser: Den tekniske bearbeidelsen av vevsmateriale forut for en diagnostisk vurdering er for en stor del et håndverksarbeid kombinert med kjemisk prosessering av vevet i ulike løsningsmidler og farveløsninger. Etter at patologen har skåret ut med kniv en liten skive fra et større vevsstykke som er fiksert med en holdbarhetsvæske (formalin) blir dette deretter prosessert i en automatisk fremføringsmaskin hvor vannet i vevet blir trukket ut og erstattet av parafinvoks som gjør det mulig å skjære svært tynne vevsnitt (ca. 5 tusendel av en millimeter) på en knivholder (mikrotom).

Arbeidet frem til ferdige farvete vevsnitt utføres av bioingeniørene. Legen får så farvete vevsnitt sammen med henvisningskrivet (remissen) levert til seg som så etter granskning av snittene i lysmikroskop stiller en

diagnose som dikteres og levers kontorpersonalet for skriving.

Den største svakhet ved bioingeniørenes kompetanse er den manglende ferdighet til utførelse av det håndverksmessige arbeidet. Denne erverves først ved langvarig skolering på arbeidsplassen som allerede påpekt. Den videre kompetansemessige utvikling er derfor avhengig av den institusjonsopplæring som hver avdeling bidrar med. Det har inntil for kort tid siden ikke vært etablert en formalisert viderutdanning fra bioingeniørhøyskolene som ivaretar avdelingenes behov for høy kvalitet på tekniske ytelser. Avdelingene har derfor måttet ta dette ansvaret selv.

De områder som ville bidratt til en bedre og mer rasjonell vevsundersøkelse er der hvor bioingeniørene i størst mulig grad kan vurdere kvaliteten på eget arbeid, særlig i de områder som interagerer i legenes arbeid og som derfor kan være arbeidsbesparende for legene. Noe av de viktigste områdene vil være;

- Bioingeniørene bør i større grad kunne foreta egenvurdering av snitt- og farvekvalitet før prøven leveres til legen. Dette vil bidra til et bedre diagnostisk grunnlag for legen og vil redusere tidsbruk.
- Bioingeniørene bør kunne foreta et hensiktsmessig og begrenset valg av spesialfarveundersøkelse ved tolkning av medisinsk informasjon på remissen etter vedtatte standard prosedyrer i avdelingen i samarbeid med legen forut for skjæring og farving av prøven.
- Bioingeniørene bør kunne tolke medisinsk informasjon på remissen slik at tidligere arkiverte undersøkelser (snitt og remisse) som er relevant er tilgjengelig for legen ved mikroskopering av aktuelle prøve.
- Bioingeniørene bør bistå legene med makrobeskjæring særlig ved store og kompliserte operasjonspreparater når det er spesielt viktig med et stort antall vevsblokker og spesialundersøkelser og når det er behov for bilde dokumentasjon av makropreparatet.
- Bioingeniørene bør kunne beskjære mindre vevspreparater og håndtere og dokumentere

alt mottak av vevsmateriale for videre prosessering som ikke krever beskjæring.

Forutsetning for disse kravene er at bioingeniørene får tilstrekkelige opplæring og at den ervervede kompetanse følges opp på institusjonen med en hensiktsmessig organisering. Dette vil kreve et samarbeid mellom bioingeniørutdanningen og institusjonene. En slik utdanning er allerede i gang ved Oslo bioingeniørhøyskole. Det første kull på fire studenter som tar denne videreutdanningen i patologi er i ferd med å avslutte sitt 20-vektall studium. Utdanningen er modulbasert hvor to av fire moduler er generelle for alle bioingeniørdisipliner (klinisk kjemi, immunologi, mikrobiologi, patologi). Erfaringene fra viderutdanningen ved Oslo Bioingeniørhøyskole er enda for tidlig å trekke, men en videreutvikling langs de retningslinjer som er trukket synes fornuftig.

Kan bioingeniører settes til lysmikroskopisk sortering av vevsprøver hvor antatt godartede tilstander blir forhåndsundersøkt og derved unndratt direkte legemedvirkning ?

Det finnes ingen internasjonal dokumentasjon som gir støtte for et slikt tiltak og bioingeniørutdanningen er heller ikke innrettet på å løse denne type arbeidsoppgaver som vi har vært inne på tidligere i dette kapitlet. Den største innvendig som nok er årsak til at dette ikke har vært prøvd i særlig omfang er at legearbeidet ved de nevnte tilstander er relativt liten per prøve. Store volum av utskrapsmateriale og hudlesjoner som er en stor andel av en gjennomsnittlig patologiavdelings materiale er først og fremst en belastning for bioingeniørene i fremstilling av snittene. Arbeidsbelastningen for legene er ikke de enkle diagnostiske oppgaver, men de mer kompliserte utfordringer som er knyttet opp mot prøver med mange vevssnitt, vanskelige tolkbare mikroskopiske funn i små biopsier og bruk og tolking av spesialundersøkelser.

Det å overføre arbeidsoppgaver fra en yrkesgruppe til en annen ville i dette tilfellet ikke være spesielt avlastende særlig når det måtte legges inn kvalitetskontroller som ville belaste virksomheten ytterligere. I en periode med stor belastning på de fleste patologiavdelinger vil det også være vanskelig å

introdusere en så drastisk endring i oppgavefordeling som igjen vil være ressurskrevende. Det er dessuten viktig å merke seg at også de få private patologilaboratorier har en tradisjonell arbeidsdeling. En ville her forventet at hensynet til bedriftsøkonomiske forhold ville bidratt til mer effektive produksjonsforhold i organiseringen av lege og bioingeniørarbeid dersom dette hadde vært faglig fornuftig.

Ved noen få patologiavdelinger brukes bioingeniører også til utskjæring av vev fra f.eks store operasjonspreparater. Dette gjelder materiale som vanligvis ikke er fjernet som følge av kreft. Muskelknuter på livmoren, volumreducerende inngrep i brystkjertlene og morkakeundersøkelser er eksempler på slike tilfeller. I Sverige er det etablert utdannings-tilbud for bioingeniører for utførelse av denne type arbeid. I Norge inngår denne virksomheten i det tilbudet som Oslo Bioingeniørhøgskole gir i sin videreutdanning i patologi. I en undersøkelse i USA fremgår det at flere patologiinstitusjoner bruker tekniske assistenter til makrobeskjæring. I en kommentar til dette skriver Richard E. Horowitz i sin bekymring:

“Increasing numbers of training programs are using pathology assistants to perform gross dissection, not only of simple specimens but even of complex resections, and there is basis for the fear that the art of gross pathology may be completely lost”. (Human Pathology, 1998).

Celleundersøkelser: De fleste prøver er tatt som ledd i masseundersøkelse på antatt friske individer. Derfor vil en meget stor andel av prøvene være uten spesielle sykdomsfunn. Tradisjonelt har “cytologiscreenere” vært lært opp til å forundersøke alle prøver. I ca 10 % vil det være funn som gjør det nødvendig at legen kontrollerer og ettergransker prøven før den diagnosefastsettes. Tilsvarende gjøres dette, men i vekslende grad for annet cellemateriale. Her er den direkte legemedvirkning vesentlig større siden antall prøver med kliniske sykdomsfunn er større.

Erfaringene med bruk av bioingeniører til forundersøkelse av cellemateriale er gode,

men det er lang opplæringstid. Det tar vanligvis tre års institusjonsutdanning (etter bioingeniørutdannelsen) kombinert med videreutdannelseskurs før en bioingeniør behersker selvstendig forundersøkelser på alle typer cellemateriale. Dette medfører ofte mangel på denne type personell særlig på mindre patologiavdelinger.

Det er utviklet maskinell undersøkelse av cellemateriale fortrinnsvis til granskning av celleprøver fra livmorhalsen. De beste maskiner kan med rimelig grad av sikkerhet utelukke 50 % av alle livmorhalsprøver for kreft og forstadier til kreft. Det betyr at den resterende halvdel må ettergranskes av “cytologiscreenere”. Det er hittil forbundet med relativt store kostnader å bruke maskinell screening av celleprøver, så store at det i dag ikke er regningssvarende innenfor det offentlige helsevesen. Det er trolig at kostnadene vil falle i takt med en forbedret teknologi og større grad av implementering av flere maskiner på patologiavdelingene i fremtiden.

Obduksjon: Det tekniske personale ved en obduksjonsavdeling foretar den generelle organisering av likarbeid. Det gjelder kontroll av individidentifikasjon, oppbevaring og fremhenting av lik fra kjølerom, vask og stell etter obduksjon og nedlegging av lik i kiste. Obduksjonspreparantene har også vanligvis ansvaret for at rekvisisjon og sykejournal er innhentet før obduksjonen påbegynnes og foretar nødvendig vedlikehold av instrumenter. Ved behov for balsamering, som relativt sjeldent forekommer i Norge, utføres dette også av obduksjonspreparantene. Ved selve obduksjonen er det vanlig at obduksjonspreparantene foretar åpning av kroppshuler og kraniet for uthenting av organer samt gjensying av liket etter undersøkelsen. Legene foretar disseksjonen av aktuelle organer og identifiserer sykdom som verifiseres med vevsuttak for mikroskopering.

Det finnes ingen organisert utdanning til det å bli obduksjonspreparant. De fleste som er i yrket i dag er rekruttert fra andre sykehusfunksjoner (f.eks. portør) eller kommer fra andre yrker i samfunnslivet. Det har vært spredte forsøk på å organisere institusjonsopplæring med noe teoretisk skoling. På enkelte steder har noen av obduksjonspreparantene fått anledning til å følge annen

formalisert undervisning på høyskoler eller universitet, men dette har ikke vært hverken systematisk eller har vært tilbudt alle. I de senere år er det ved utlysning av ledige stillinger vært flere med annen helsefaglig utdanning som har søkt slike stillinger.

3.1.3 Overleger og assistentleger

Assistentlegenes arbeidsrutiner er knyttet opp mot to forhold; spesialistutdanningens krav til gjennomføring av tjenesten og assistentlegene som en viktig arbeidsressurs i avdelingens arbeid. Tradisjonelt har assistentlegene ved oppstart av tjenesten begynt med obduksjonsarbeid og deretter deltatt i den makroskopiske undersøkelse av biopsier og operasjonspreparater for deretter gradvis å foreta lysmikroskopisk undersøkelse av vevspreparater under supervisjon. Denne delen er kjerneområdet i en patologs virksomhetsområde og krever lang opplæringstid. Ved de fleste avdelinger vil assistentlegene måtte bli ettergransket for histologiske funn og diagnosesvar i inntil 2 år før noe av materialet kan besvares selvstendig.

Må det være slik? Vi må være klar over at patologens diagnostikk er viktig for svært avgjørende beslutninger i klinisk medisin. Det er derfor nødvendig at legen som mottar diagnosesvar kan stole på avgitte diagnoser. Et diagnosesvar er basert på lang erfaring i lysmikroskopisk tolkning av vevsforandringer og kan ikke gjøres til gjenstand for en forenklet objektiv målemetode slik det foregår i andre laboratoriefag. Til det er forandringene i vevet for komplekse og lite standardiserte til at kvantitative målemetoder i vev har en rasjonell og praktisk anvendelse.

Det er et problem at mye av assistentlegenes arbeidstid går med til beskjæring av makroskopiske preparater og at dette går utover tid til annen faglig fordypning. Det har ved noen institusjoner vært løst ved at overlegene i noen grad har deltatt i "makroarbeid". Noen få institusjoner bruker også bioingeniører til en begrenset del av dette arbeidet (se kap. 3.1.2).

Sammendrag pkt 3.1

Arbeidsdelingen mellom ulike personellgrupper på patologiavdelingene er i det store og hele stabil og forutsigbar og den er relativt svært ensartet organisert på regionsykehusene, sentralsykehusene og ved de private patologilaboratoriene. Bortsett fra en økende bruk av tekniske assistenter i makrobeskjæring av operasjonspreparater særlig i USA, men også i Norge har vi ikke kunnet vise til internasjonal dokumentasjon på en annen arbeidsfordeling mellom leger og bioingeniører enn det som praktiseres i Norge. Problemet vedrørende en bedre interaksjon mellom leger og det tekniske personale er først og fremst knyttet til manglende viderutdannelsestilbud for det tekniske personale særlig i vevsarbeid og arbeid vedrørende obduksjoner. Arbeidsfordeling mellom assistentleger og overleger må tilfredsstillende kravene til spesialistutdanningen, men må også ivareta institusjonens behov for tilgjengelige legebehov.

3.2 Arbeidsfordeling mellom ulike institusjoner

3.2.1 Arbeidsfordeling mellom sentralsykehus og regionsykehus

Det er store ulikheter mellom regionene mht antall sykehus med patologiavdeling i hver region.

Det er i prinsippet ingen formalisert arbeidsfordeling mellom sentralsykehus og regionsykehus i Norge. Sentralsykehusene dekker faglig med noen unntak det meste av alle patologitjenester. Nyrebiopsier, muskelbiopsier og i noen grad benmargsbiopsier blir ofte sendt til regionsykehuset, men også ut av regionen.

Kvantitativt dekker sentralsykehusene med angitte unntak alle tjenester på eget sykehus, men i noe vekslende grad fra andre sykehus i eget fylke og sjeldent alle tjenester (primærhelsetjenesten) i fylket. I Helseregion 2 dekker sentralsykehusene gjennomsnittlig 2/3 av alle histologiprøver og 1/2 av alle cytologiprøver fra eget fylke. Vi har ikke tilsvarende tall fra fylker i andre helseregioner, men Regionsykehusene i Tromsø og Trondheim dekker praktisk talt alle tjenester i eget fylke og tilgrensende nabofylker (Nord-Trøndelag og Finnmark).

Det har vært en innarbeidet rutine ved innleggelse i annet sykehus (fortrinnsvis til regionsykehuset) at tidligere vevsundersøkelser for aktuelle sykdom har vært ettergransket ved regionsykehuset. Det foreligger ingen vitenskapelig evaluering av denne praksis som kan dokumentere at dette er nødvendig ressursbruk. Denne praksis medfører nemlig en ekstra belastning for begge patologiavdelinger; sentralsykehusene som må lage ekstra vevssnitt og regionsykehusene som belastes med ekstra granskning av vevsmaterialet.

Sentralsykehusene bruker kun sporadisk annen patologiavdeling som konsulent for sine undersøkelser. Dette kan tolkes som om patologiavdelingene har minimale behov for ekstern støtte. Alternativt er behovet større, men den noe omstendelige bruk av konsulent-tjenester (forsendelse av vevssnitt og celleutstryk per post) svekker interessen for slik konsulentbistand når den medisinske konsekvens for pasienten ikke er av stor nok betydning.

Regionsykehusene har utstyr som ikke finnes ved sentralsykehusene. Dette gjelder i første rekke elektronmikroskop som brukes i diagnostikk innenfor svært avgrensede områder av patologien. Dernest er væskestrømsmålinger av celler ("flowcytometry") basert på instrumenter som kun har begrenset anvendelsesområde. Utstyr til forskning som ikke har anvendelse i diagnostisk patologi finnes i liten grad på sentralsykehusene.

Overlegene ved regionsykehusene har ved nåværende utdanningsmønster brukt mye tid til opplæring av assistentleger i tillegg til å undersøke et relativt stort volum av histologi- og cytologiprøver tilsendt fra andre sykehus og helseregioner. Dette har tappet regionsykehusene for ressurser som skulle ha gått med til subspesialisering, utvikling av nye metoder og samhandling med kliniske avdelinger på vanskelige pasientkasus. Det bør derfor foretas en funksjonsfordeling mellom sentralsykehus- og regionsykehus-avdelingene i patologi slik det legges opp til innenfor andre fagfelt (jfr "Norsk Kreftplan").

Regionsykehusene må i større grad enn tidligere bemannes utifra funksjoner og i mindre grad utifra prøvevolum. Skal faget patologi komme à jour med internasjonale standarder og utvikling, må regionsykehus-funksjonene styrkes ved opprettelse av

stillinger som tar hensyn til dekning av særlig viktige funksjoner. Innføring av nye metoder som kan bidra til større presisjon av diagnoser er særlig viktig samtidig som faglig fordypning og subspesialisering blir gjort gjeldende. Dette vil bidra til at pasientene blir riktige og derved bedre behandlet.

3.2.2 Forholdet mellom universitet og regionsykehus

Alle regionsykehus har universitetsfunksjoner. Dette medfører ansvar for undervisning og forskning. Dette er tunge arbeidsoppgaver som kommer i tillegg til de diagnostiske funksjoner. Det er ansatt lærere i patologi (professorer/prosektorer/amanuenser) til å ta seg av disse funksjoner. De fleste er ansatt i kombinerte stillinger (professor/overlege) og utfører arbeidsoppgaver for både sykehuset og universitetet. Dette medfører at flere av de ansatte har mange og store arbeidsoppgaver som setter krav til en god organisering for den enkelte ansatte. Vakanser i stillinger har derfor store konsekvenser for alle funksjoner. I en presset arbeidssituasjon vil undervisning av studentene prioriteres fremfor diagnostikk som i tid alltid kan forskyves til annet tidspunkt på døgnet dersom det ikke er annen lærer tilgjengelig. Dette medfører at mange patologer ved regionsykehusene må utføre sine diagnostiske funksjoner på sen ettermiddagstid eventuelt kveldstid/helger. I en slik presset arbeidssituasjon er det som regel forskningsoppgavene som lider. Den langsiktige vitenskapelige kompetanseoppbygging har innenfor patologi-faget utviklet seg til å bli en nesten umulig oppgave ved de fleste læresteder.

3.2.3 Bruk av private laboratorier

Det har vært en relativ økning i bruken av private laboratorier her i landet de siste 20 år som det fremgår av kapittel 2.6.

I år 2000 vil det bli en endring i fylkenes avtaler med private laboratorier da fylkene kan forhandle seg frem til økonomisk forutsigbare avtaler. En endring i analysevolum vil derfor innen avtaleperioden i prinsippet ikke medføre endrete utgifter for det enkelte fylke. Dette gjør det lettere for fylkene å operere med forutsigbare utgifter til all laboratorie- og røntgenundersøkelser. Denne effekten har sannsynligvis mindre betydning når det gjelder utgifter til patologiunder-

søkelser enn for klinisk kjemi og røntgen da utgiftene for vevs- og celleundersøkelser er vesentlig mindre og mer forutsigbare enn for de to andre undersøkelsestyper. Fylkeskommunenes utgifter i Helseregion 2 til poliklinisk patologiservice utført ved Laboratorium for Patologi A/S i Oslo var i 1996 4,7 mill. kroner som svarte til et analysevolum på ca 16.000 vevsundersøkelser og ca 50.000 celleundersøkelser. Det var store forskjeller fylkene i mellom da refusjonsbeløpet var 1,8 mill kroner for Akershus, men bare 146.000 kroner for Telemark.

Det har vært påpekt som et problem at det generelt ikke har vært utviklet forpliktende samarbeidsformer mellom offentlige og private virksomheter, slik at funn, resultater og historikk kan utveksles. Dette har ofte medført at det har vært nødvendig å repetere tidligere pasientundersøkelser (f.eks. røntgen) som kunne vært unngått med bedre samarbeidsformer. For patologifaget har det imidlertid alltid vært vanlig å sende snitt og kopi av remisse fra private laboratorier til offentlige avdelinger hvor det har vært nødvendig å gjennomgå tidligere undersøkelser. Behovet for nye undersøkelser har således alltid vært medisinskfaglig begrunnet og ikke som følge av manglende interaksjon mellom private og offentlige aktører.

Både fylkeskommunene og Kommunenes Sentralforbund har ansett det som et problem at det i relativt stor grad er offentlig ansatte sykehusleger som betjener - og tildels eier - private laboratorier og at man dermed kan komme i en dobbeltrolle. Akershus fylkeskommune, som har forhandlet med et stort antall ulike private laboratorier på vegne av flere fylkeskommuner, har signalisert overfor flere av disse at det etter overgangsperiode og oppsigelsestid vil bli vektlagt at man vil foretrekke leverandører som er rent private med egne heltidsansatte spesialister.

Dette vil i nåværende situasjon kunne være uheldig med den mangel på patologer som eksisterer. Det er også ønskelig at en viss andel av staben ved private laboratorier er ansatt på konsulentbasis. Det er nettopp dette som gir mulighet for bufferfunksjon og som er en betydelig hjelp ved akutte bemanningsvansker i offentlig sektor. Det må likevel anføres at det på sikt, med en bedring av situasjonen i norsk patologi, bør etableres flere faste stillinger for patologer ved private

patologilaboratorier. Dette vil også ha betydning dersom private laboratorier får oppgaver i spesialistutdanningen.

Private patologilaboratorier har et fortrinn i undersøkelse av store prøvemengder av kurant patologi, men de har vært relativt mindre godt utstyrt for spesialundersøkelser, f.eks immunhistokjemi. De private patologilaboratoriene må styrke sitt metoderepertoar for å møte de fremtidige utfordringer i faget. Dette kan løses ved etablering av egne spesialundersøkelser, men gode samarbeidsordninger mellom offentlige sykehus og de private patologilaboratoriene på metodesiden kan også være aktuelt.

Statens helsetilsyn har via Den norske lægeforening søkt kontakt med den enkelte av Legeforeningens underavdelinger og også vært i kontakt med private institusjoner for å vurdere muligheten for utdanningsstillinger innen noen medisinske spesialiteter. Saken vil bli vurdert videre. Ledelsen ved det private Laboratorium for patologi A/S har selv foreslått at laboratoriet skal ha status som utdanningsinstitusjon for deler av hovedutdanningen til spesialiteten i patologi. Spesialitetskomiteen i patologi har også ønsket at det store prøvevolumet der legges til rette for utdanningskandidater i patologi.

I fremtiden kan det bli større konkurranse om prøvene. Oslo kommune har et bystyrevedtak som innebærer konkurranseutsetting av egne, offentlige laboratorier. Tilsvarende har Akershus fylkeskommune et fylkestingsvedtak av september 1997 som kan åpne for konkurranseutsetting av helse-tjenester. Hvilken innvirkning dette vil ha for forholdet mellom private og offentlige patologiinstitusjoner er for tidlig å si noe sikkert om.

3.3 Informasjonsteknologi og kontorfunksjoner

3.3.1 Kontorfunksjoner

En patologisk-anatomisk undersøkelse, enten det gjelder vevs- og celleundersøkelser eller obduksjoner, dokumenteres og informeres i form av et skriftlig svar til rekvirenten som inneholder en beskrivelse av funn og angivelse av diagnoser. En veiledning til videre oppfølging og behandling inkluderes i de tilfeller dette ansees nødvendig. Rekvisisjonen (remissen) på vev- og celleundersøkelser fra

innsendende lege inneholder pasientdata og kliniske opplysninger. Diagnosesvar fra patologiavdelingen påføres samme remisse og sendes i retur til rekvirenten mens en kopi oppbevares i avdelingen. Remissen er også grunnlaget for fakturering av undersøkelsen.

Det genereres således en mengde skriftlig informasjon i enhver patologiavdeling. Det settes store krav til presise og komplette beskrivelser og diagnoser som kontorstaben må håndtere etter diktat fra legene.

Kontorstaben på en patologiavdeling er på mange måter avdelingens ansikt utad. Alle eksterne henvendelser enten det gjelder post eller telefoner når vanligvis først kontorseksjonen (ekspedisjonen) på en avdeling. Det er derfor viktig at kontorstaben har en profesjonell og servicepreget holdning til sitt arbeid. Den utdanningsmessige bakgrunnen for kontoransatte på patologiavdelingene er variabel. De fleste har ingen utdanning utover grunnskole eller videregående skole og noen har legesekretæruddanning. Uansett bakgrunn inneholder patologifaget så vidt mange ord og uttrykk som ikke brukes innenfor andre medisinske fagområder at nesten all kompetanse som er nødvendig på en kontorplass på en patologiavdeling læres på stedet. Denne internopplæring foregår stort sett ved at nyansatte lærer av mer erfarne kontormedarbeidere med noe hjelp av legene. Det sier seg selv at dersom det er stor gjennomtrekk av kontormedarbeidere på en patologiavdeling, hvilket det ofte er, vil kvaliteten på avdelingens skriftlige informasjon være heftet med mangler. Denne effekten forsterkes ved dårlig diksjon ved inndikeringen og ytterligere forsterkes ved manglende språkferdigheter av legene (*se bruk av utenlandske patologer senere*). Det tar legene således lang tid å rette opp ord og setninger som har et galt eller uforståelig meningsinnhold før diagnosesvaret sendes rekvirenten. I en travel hverdag med kontroll av mange remissesvar kan en leges uoppmerksomhet i verste fall medføre feildagnoser.

Kontoransatte er ofte den minst stabile arbeidskraften ved en patologiavdeling med kortere ansettelsestid i forhold til det øvrige personalet noe som delvis kan forklares ved lav lønn, ensidige og ofte belastende arbeidsoperasjoner og hittil lite brukervennlige elektronisk pasientadministrative systemer. I

tillegg kommer et stort arbeidspress som særlig i sluttdelen av en lang arbeidsoperasjon, før utsendelse av diagnosesvar, kan bidra til stressituasjoner. Det gjelder f.eks telefoner fra utålmodige leger som har pasienter som venter på svar og leger i avdelingen som gjerne vil ha prioritert sine diktater fremfor annet arbeid.

I vår undersøkelse ved norske patologiavdelinger er den gjennomsnittlige størrelse på kontorstaben på sentralsykehusene 3,1 kontorhjemler (spredning; 2-6) og på regionsykehusene 8,5 hjemler (spredning; 5,5-14). Selv om det ikke er noen bestemt norm for mengde arbeid (årsverk) som er beregnet for kontorpersonale er det trolig at de aller fleste avdelinger har for få ansatte i forhold til arbeidsmengde.

En annen viktig faktor som mange patologiavdelinger lider under er en generell manglende spisskompetanse i kontorstaben innenfor områder som det naturlig ville være ønskelig å ha.

På regionsykehusene hadde 4 av 6 avdelinger minst én ansatt på kontoret med saksbehandlerkompetanse, men bare 2 av 6 avdelinger hadde ansatt person med økonomiutdanning til tross for at alle avdelinger hadde en samlet stab på mellom 50 og 100 ansatte og forvaltet et samlet budsjett på mellom 20 og 30 millioner.

Når det gjelder kapasitetsproblemer på kontorsiden klager mange leger over ikke å få skrevet nødvendig korrespondanse eller å få hjelp til skriving av manuskripter eller oppdatering av litteratur. Dikterte manualer eller prosedyrebeskrivelser knyttet til kvalitets-sikring blir f. eks. liggende uskrevet i lang tid før de kan effektueres. Hjelp til litteratursøk er et annet område som i svært liten grad blir prioritert. Kombinert med mangelfulle IT-system blir kontorfunksjonen ved svært mange patologiavdelinger en flaskehals i avdelingens virksomhet.

“Steine-utvalget” har i sin rapport vist til mangel på støttefunksjoner i norske sykehus, noe som er svært relevant for flere patologiavdelinger som vi her har påpekt.

Kompetansen til kontorpersonell er bare delvis a jour med utviklingen. En høyning av kompetansen i kontorsektoren ville kunne avlaste legepersonell for mange funksjoner som det i dag ikke finnes ressurser til å dekke. Særlig er det viktig å skjerme fagpersonell fra den mengde av tildels irrelevant informasjon

som blir et stadig større problem i helse-sektoren og som ofte medfører svekkelse av fokus på de arbeidoppgaver som er viktige. Dernest er det viktig at avdelingsoverlegen og andre overleger med administrative oppgaver avlastes for funksjoner som personale med annen relevant utdanning kan ta seg av. Det er derfor viktig at det satses på den medisinsk-faglige kontortjenesten slik at avdelingens ressurser kan bli best mulig utnyttet og at en oppnår en høyest mulig effektivitet og kvalitet.

3.3.2 *Pasientadministrative datasystemer*

På slutten av syttitallet kom de første elektroniske pasientadministrative stormaskin-systemer inn i norsk laboratoriemedisin, også i patologi. Disse skulle brukes til enkel pasientidentifikasjon fra egen database eller folkeregisteret og til diagnosekoding samt regnskapshåndtering. Innenfor dette avgrensede området fungerte de tilfredsstillende, men kunne ikke brukes til relevant produksjonsstatistikk eller annen medisinsk informasjons-utgivelse uten betydelig medvirkning fra maskineierens programmerere. Annen generasjons datasystemer som kom inn i flere patologiavdelinger på midten av åttitallet hadde funksjoner for håndtering av enkle produksjonstatistikker som delvis kunne genereres av de ansatte selv. Maskinparken var kun knyttet til terminaler for kontorpersonelet.

Både første og andre generasjons systemer bar preg av at de ikke var bygget opp med spesielt formål å betjene en patologi-avdeling. De var av den grunn svært rigide mht spesielle operasjoner som var av særlig interesse i patologi-faget.

Dette er det tatt hensyn til i utviklingen av tredje generasjons datasystemer. I dag er det på markedet to til tre aktuelle systemer som er helt eller delvis bygget opp omkring logistikk på en patologiavdeling. Det ene systemet er utviklet i samarbeid mellom patologiavdelingen på Ullevål sykehus og Siemens, Norge (Doculive) og har sin basis i utviklingen av et sykejournalssystem som er under utvikling av samme firma. Det andre er et system (SymPathy) primært bygget opp ved patologiavdelingen ved universitetssykehuset i Lund i Sverige av Informasjonslogikk A/S. Systemet er blitt tilpasset norske forhold først ved Regionsykehuset i Trondheim og siden videreutviklet i samarbeid med andre norske brukere. Begge systemer tilfredsstiller flere av

de mest sentrale funksjoner og er basert på en nettverksløsning hvor alle produksjonsheter i en patologiavdeling er knyttet sammen. Det medfører at alle leger og kontoransatte i tillegg til det tekniske personalet kan kommunisere direkte via dataterminaler. Registrering av prøver, identifikasjon av prøvene, intern rekvirering av spesialundersøkelser og en hel rekke andre funksjoner kan utføres elektronisk. I tillegg er det et utstrakt statistikkverktøy som kan synliggjøre produksjonsstatistikk og kvalitetskontroll som er et viktig redskap for styring av bedriften.

Det er ingen tvil om at moderne informasjonsteknologi vil være et viktig verktøy i heving av standard av patologisk-anatomiske ytelser. Dette vil i første rekke medføre en sikrere bearbeidelse av pasientdata som sikrer pasienten en riktig og komplett diagnose avgitt til riktig tid. Det vil derfor først og fremst være et kvalitetsforbedrings-tiltak og i mindre grad redusere behovet for personell. Det største problemet ved innføring av nye datasystemer er opplæring og endrede arbeidsrutiner. De fleste patologiavdelinger er avhengig av godt fungerende sentrale "IT-avdelinger" på sykehusene for at data-behandling på avdelingene skal fungere tilfredsstillende. Fem av seks regionsykehus-avdelinger i patologi har egen IT-medarbeider på avdelingen, men ingen slik personressurs er ansatt på sentralsykehusenes patologiavdelinger.

3.3.3 *Telepatologi*

Formålet med telemedisin er å gi et bedre helsetilbud der hvor avstander og manglende servicetilbud er en begrensende faktor. Telemedisin vil derfor kunne bidra til økt kompetanse og kvalitet til klinisk virksomhet ved mindre sykehus og avdelinger i perifere områder av landet.

Telepatologi ble påbegynt i Nord-Norge som et prosjekt knyttet til informatikk i helsevesenet og ble ansett først og fremst som et middel til å kommunisere mellom perifere rekvirenter og patologiavdelingen ved Regionsykehuset i Tromsø. Dette gjaldt særlig behov for demonstrasjon og diskusjon av innsendte preparater fra andre sykehus i landsdelen. Prosjektet kom imidlertid raskt over i en fase hvor behovet for frysesnittservice til sykehus som ikke hadde patologiavdeling ble mer aktuelt. Dette skjedde som et samarbeids-

prosjekt mellom Telenor forskning i Tromsø, patologisk-anatomisk avdeling ved RiTø og Kirkenes sykehus. I mai 1990 lyktes det å etablere en permanent frysesnitt-service til Kirkenes sykehus basert på robotmikroskopi via det eksisterende telefon-nettsystem.

Denne tjenesten har senere ekspandert til andre sykehus i Nord-Norge (Harstad sykehus) og til sykehus i Midt-Norge (RiT, Innherred sykehus og Namdal sykehus) og Syd-Norge (Radiumhospitalet og Aust-Agder s.s). Det pionerarbeid som ble utført i nord-Norge har dannet grunnlaget for den utvikling av telepatologi som vi ser i dag. De første prototyper av telepatologiutstyr er blitt erstattet og den opprinnelige båndbredde i telenettet (2Mbit/s) som ble brukt er redusert med samtidig opprettholdelse av billedkvalitet og overføringshastighet hovedsakelig som følge av forbedret data- og billed-kompresjonsteknologi.

Frysesnittservice er en tjeneste som har et relativt lite volum og som først og fremst er beregnet på de sykehus som ikke har patologiservice. Innenfor denne virksomheten fungerer den godt med god vitenskapelig dokumentasjon for en relativ sikker og diagnostisk pålitelig service. Telepatologi i andre sammenhenger er foreløpig lite utviklet og med mangelfull vitenskapelig dokumentasjon.

Det har lenge vært et ønske å etablere et elektronisk nettverk mellom flere patologiavdelinger for konsultasjonstjenester. Siden denne type tjenester er knyttet til løsning av spesielt utfordrende og krevende diagnostiske problemer har det vært stillet høye krav til billedkvalitet. Enda er kostnadene svært høye i investering av telepatologiutstyr dersom det settes krav til robotmikroskopi. Dessuten er tilgjengeligheten og brukervennligheten av utstyr ikke helt optimal.

Det er viktig når en vil satse på telepatologi at virksomheten har et reelt behov og at dette behovet er så stort at det er verdt den kostnadsmessige investering i utstyr og bruk av personressurser. Telepatologi er ikke kostnadseffektiv for noen patologiavdelinger, men kan når det gjelder frysesnittservice være kostnadseffektiv for pasient og sykehus som bruker denne tjenesten. Gevinsten ved bruk av telepatologi er først og fremst kvalitetsfremmende og ikke i kostnadseffektive forbedringer.

Ved bruk av telepatologi er det viktig å være bevisst følgende forhold:

Pasientrelaterte systemkrav:

- Virksomheten må være diagnostisk pålitelig
- Det må være en klar synliggjøring av hvem som har det medisinske ansvar ovenfor pasienten
- Virksomheten må gi pasienten en fordel i forhold til alternative metoder
- Virksomheten må ikke utsette pasienten for helserisiko

Patologrelaterte systemkrav:

- Patologen må ha tilstrekkelig kompetanse og motivasjon for å utøve denne type tjenester
- Billedkvalitet må være tilstrekkelig for å kunne oppnå et godt resultat
- Brukervennligheten må være god
- Tilgjengelighet må være så optimal som mulig

Tekniske systemkrav:

- Systemet må tilfredsstillende nødvendig billedmodus; stillbilde *versus* levende bilde
- Dersom robotmikroskopi er nødvendig må dette være tilgjengelig. Standardisering er nødvendig for å kunne kommunisere og betjene utstyr på annen avdeling
- Det vil i mange tilfeller være nødvendig med billedarkivering og integrering i andre databaser

Telepatologi vil i fremtiden ha en funksjon som et demonstrasjons- og læringsmiddel. Konsultasjonstjenester vil gradvis utvikle seg i takt med en forbedret teknologi og reduserte kostnader. Det er imidlertid viktig at diagnostiske funksjoner innen telepatologi evalueres for kvalitet og kostnader av virksomheten.

3.4 Samspill med brukerne

3.4.1 Interaksjon med rekvirentene.

Patologisk-anatomiske undersøkelser inngår i nesten all medisinske virksomhet. Patologene skal således dekke et betydelig område av det medisinske fagfelt basert på metoder som kun patologene behersker. Rekvirentene representerer en stor heterogen gruppe av leger innen ulike spesialiteter; - alt

fra allmennpraktikere til nevrokirurger, lunge-spesialister, hudleger, nyrespesialister etc. Noen spesialiteter genererer flere undersøkelser enn andre fagdisipliner. Dette medfører at for visse typer undersøkelser kommer patologen i hyppigere kontakt med disse enn ovenfor andre leger. Patologi er som annen medisinsk virksomhet et svært erfaringsbasert fagfelt og krever derfor en bred skoloring innen mangeartede problemstillinger selv innenfor samme organ. Spekteret av variasjoner innen hver sykdomsgruppe er det derfor viktig å ha kjennskap til.

Tre av fire vevsprøver som undersøkes på regionsykehusene involverer tre organsystemer i kroppen; 1) hud og underhud, 2) fordøyelseskanalen og 3) kvinnelige kjønnsorganer som det fremgår av tabell 3.4.A. Dette er kjerneområdet for patologen når det gjelder de kvantitative forhold.

Når det gjelder den logistiske bruk av fagets tjenester begynner gjerne patologens arbeid der andre leger har avsluttet sitt arbeid. William Mc.Kee German skriver i begynnelsen av sin bok "Anonyme leger";

"Det er onsdag morgen i det patologiske laboratorium på et storbysykehus. Idet jeg går frem til laboratoriebenken, tar førsteassistenten min frøken Morissey, fram en notisbok fra lommen på frakken sin. Foran står metallbeholdere som inneholder undersøkelsesmateriale fra operasjoner i går aftes og tidlig i dag. Pasientene er kjørt tilbake til stuene sine for å sove av seg narkosen, sårene er sydd igjen. Kirurgens arbeid er ferdig, og nå tar mitt til. Etter at jeg har tatt bort dekket på noen av beholderne, teller jeg fem blindtarmar, åtte par tonsiller, forstørrete skjoldbruskkjertler fra tre strumapasienter. Min oppgave er å gjøre rede for

hvorfor og på hvilken måte disse organer er satt ut av funksjon eller, som også er tilfelle, å fastslå at den virkelige årsak er å finne et annet sted."

I denne situasjonen som her beskrives evaluerer patologen kirurgens arbeid og andre leger som har vært med i den forutgående diagnostikk og behandling av pasienten.

Det har vært tradisjon i Norge at når det har vært fjernet vev fra en pasient så skal dette undersøkes mikroskopisk (med noen få unntak). Dette er en betryggende kvalitets-sikring alle pasienter har for at ikke uventede forhold blir oversett særlig der hvor klinisk mistanke om alvorlig sykdom ikke er særlig fremtredende. En pasient som får fjernet en føflekksvulst skal være trygg på at den blir lysmikroskopisk undersøkt og at dersom den inneholder celleforandringer som gir uttrykk for ondartet sykdom (f.eks. malignt melanom) vil det bli iverksatt adekvat behandling og kontroll av sykdomsforløpet.

Ikke slik som det beskrives i en skjebnesvanger historie i Mc.Kee Germans bok;

"En morgen da jeg var på laboratoriet mitt, fikk jeg telefonisk beskjed om å komme til operasjonssal 5. Kirurgen og reservelegen holdt på å vaske seg da jeg kom inn. Pasienten en mann på ni og tredve år, lå på bordet. Da jeg gikk bort til ham kjente jeg en svulst på størrelse av et egg i den ene lysken. Deretter hørte jeg på kirurgens redegjørelse mens han holdt på å vaske seg. Et halv år tidligere hadde mannen gått til legen sin - en annen lege - fordi en pigmentert føflekk på den ene fotryggen blødde. Legen hadde ganske enkelt "tatt vekk" føflekken ved elektrolysebehandling.

Tabell 3.4.A -Gjennomsnittlig fordeling av vevsprøveundersøkelser basert på tallmateriale fra tre regionsykehus i 1992 (Haukeland sykehus, RiT, RiTØ).

ORGANSYSTEM	REKVIRENTER	%
Hud- og underhud	Hudleger/allmennpraktikere/kirurger	34,2
Svelg/spiserør/magesekk/tarm	Indremedisin/kirurger/øre-nese-hals spes. (ØNH)	20,4
Kvinnel. kjønnsorganer/ foster/morkake	Gynekologer	19,6
Mannlige kjønnsorganer	Kirurger	4,4
Brystkjertlene	Kirurger	3,3
Lymfeknuter/benmarg	Kirurger/indremedisinere/ØNH-leger	3,0
Luftveier/lunger	Indremedisinere/kirurger	2,7
Munnhule/spyttkjertler	ØNH-leger/tannleger	2,6
Nyre/urinveier	Kirurger	2,5
Lever/bukspyttkjertel	Indremedisinere/kirurger	1,6
Ben/ledd	Kirurger/revmatologer	1,5
Nervesystem/muskulatur	Nevrologer/kirurger/revmatologer	1,2
Endokrine organer	Kirurger	0,8
Hjerte/kar	Kirurger	0,7
Øye/Øre	Øyeleger/ØNH-leger	0,6
Annet		0,9
ALLE ORGANSYSTEM		100,0

Såret ble fullstendig leget, etterlot bare et lite arr. Legen var slurvet og kastet vekk vevene fra føflekken i stedet for å sende dem til en patolog til undersøkelse. Kanskje hadde han tatt vekk mange føflekker som var blitt leget uten noen følger. Men i dette tilfellet ble hans vørløshet skjebne-svanger.....

Kirurgen skar forsiktig vekk svulstmassen og ga den til meg for undersøkelse. Jeg fant spredte svarte flekker - samme svarte pigmentering som en skulle ha truffet på i den pigmenterte føflekk. Mikroskopet styrket min preliminnære diagnose; malignt melanom.....Manne døde tre uker senere med lungene spekket med kreftkuler.”

I en norsk patologiavdeling er det ikke uvanlig at kliniske diagnoser på hudsvulster ikke er korrekte og ikke svært sjeldent forekommer det at tilsynelatende godartede føflekker viser seg å være maligne ved lysmikroskopisk undersøkelse. Selv om klinikerne har fått bedre utstyr og metoder til å vurdere og skille godartede fra ondartede svulster er det bare en vevsundersøkelse som

med sikkerhet kan avgjøre dette. Dette forhold illustrers meget godt i Yngvar Løchens bok “Det gjenstridige livet” (1998):

“Noen måneder tidligere, i april, haddde jeg etter henvisning fra min faste lege vært til undersøkelse ved hudavdelingen på Regionsykehuset i Tromsø. Grunnen var at jeg i flere år hadde hatt en flekk på det høyre kinnet - en pigmentansamling, som det heter på fagspråket - og den hadde begynt å utvide seg. Legen fant flekken mistenkelig - ikke bare hadde den utvidet seg, det hadde også kommet en ny, mørk og mindre flekk inne i den store - derfor sendte han meg til hudavdelingen.

Jeg kom dit godt og vel en måned etter at jeg hadde vært hos min faste lege. På hudavdelingen fant man ingen tegn på ondartet utvikling. Denne konklusjonen ble trukket på grunnlag av dermatologiske undersøkelser, i realiteten bare en overflatemessig belysning gjennom et mikroskop, og det ble ikke tatt vevsprøve.

Selv om jeg allerede der opplevde undersøkelsene som lite grundige, til tross for at det var to leger til stede, avfant jeg meg med at det ikke var grunn til å gjøre noe inngrep for å fjerne flekken. Jeg ble sendt hjem.

I ettertid skulle det vise seg at denne oppløftende diagnosen var gal, men hvor gal den var, skjønnte jeg ikke da og heller ikke i løpet av sommeren 1995. Imidlertid grep en nagende uro tak i meg etter hvert. Kunne det likevel være noe galt? Hudkreft? Kunne det tenkes at legene ikke hadde skjerpet sine blikk godt nok, og at de hadde oversett noe? Jeg visste jo at det ikke rent sjelden forekommer at det blir gjort feil på sykehus. Men med all den oppmerksomhet som rettes mot hudkreft, måtte jeg kunne gå ut fra at legene på sykehuset hadde gjort det de skulle. Jeg kunne ikke se noen grunn til at de hadde latt en mulig ondartet utvikling passere, og dessuten ville de vel ved den minste tvil ha fjernet flekken.”

Denne pasientfremstillingen viser at det ikke alltid er like enkelt å diagnostisere føflekk-svulster selv ikke for hudspesialister. Kun en histologisk undersøkelse kan gi en korrekt klassifikasjon av tilstanden.

Imidlertid er det slik at det for enkelte vevsundersøkelser sjelden vil bli gjort funn med uventede diagnoser. I en situasjon med begrensede ressurser i patologi-virksomheten er det viktig at patologiavdelingene står i nær dialog med rekvirentene for å sikre optimal utnyttelse av ressursene. Gjennom systemet med “evidence based medicin” bør det fremskaffes informasjon om forventet nytte ved undersøkelse av vevsprøver fra ulike organer. Hva er f.eks. det helsemessige rationale i å undersøke alle betente “blind-tarmer” for samtidig forekomst av svulst når vi vet at dette forekommer i mindre enn 1 av 100 undersøkelser og når vi vet at et stort antall av disse er godartede?

Den kanskje viktigste kvalitetskontroll-virksomheten som utøves av patologen er obduksjon. Her kan tidligere diagnostikk og behandling evalueres opp mot de funn som gjøres under obduksjonen. Denne virksom-

heten har dessverre blitt sterkt redusert de siste 20 årene. På regionsykehusene som har hovedansvaret for utdanning av spesialister i patologi og som dessuten skal gi medisinske studenter undervisning i patologi er den gjennomsnittlige obduksjonsfrekvensen av de som dør på sykehuset på 38% (25 - 50%) i 1997 med unntak av Rikshospitalet som i 1997 hadde en obduksjonsfrekvens på 91%. På sentralsykehusene er den gjennomsnittlige obduksjonsfrekvens bare 22% (10-45%). Av den grunn har obduksjonen mistet meget av sin betydning i kvalitetssikring av medisinsk virksomhet på norske sykehus. Denne utviklingen må først og fremst søkes i bemanningssituasjonen på patologiavdelingene, men også andre faktorer har hatt sin betydning. Den kliniske oppmerksomhet om obduksjonen er redusert som følge av tiltroen til forbedret billeddiagnostikk og annen diagnostisk utredning. Dessuten er obduksjon fremdeles en lite akseptert undersøkelse i befolkningen noe som også har negativ innvirkning på helsepersonell som har pasienten til behandling i den terminal fase av livet. En fortelling som beskriver dette dilemma er følgende (hentet fra Germans bok):

Kvinnen satt på en pinnestol i det altfor skarpt opplyste venteværelset på sykehuset. Hun stirret fortvilet framfor seg mens hun gjentok: - Nei, nei! De har allerede klusset for lenge med ham. Jeg lar Dem ikke skjære opp gutten min. Mannen hennes som var huløyd og innsunket over brystet, hostet og ristet på hodet for å bekrefte hennes vegring. En liten pike på ti år og en gutt på sytten stirret mistroisk og forferdet på legen som om han hadde latt deres bror dø av hjernehinnebetennelse utelukkende for å få øvelse i å obdusere.

Legen så på uret og sa mildt: - Jeg forstår hvorledes De kjenner det, og jeg synes at De burde vite.....

- Hva tjener det til? klaget moren. - Han får likevel aldri vite det. Han er død. De har latt ham dø. Han var bare femten år.....

De har to barn til, sa legen. - Det kan bety overordentlig meget for dem.

Kvinnen sperret øynene opp. Hun begynte å forstå. Det varte ikke mer enn fem minutter før hun ga legen sitt samtykke. Etter at obduksjonen var over beskrev avdelingslegen denne scenen for meg (patologen).... Resultatet av obduksjonen viste at avdelingslegen foruten overtalelseevnen hadde en god leges viktigste egenskap: god observasjonsevne, grundighet og vitenskapelig nyfikenhet. I den uken som guttens sykdom hadde vart, hadde han hatt høve til å iaktta familien.....Obduksjonen viste at hans mistanke var velbegrunnet. Gutten var død av tuberkuløs meningitt (hjernehinnebetennelse).

Faren ble straks undersøkt... En fant tegn på gammel innkapslet lungetuberkulose.....og hans spytt inneholdt aktive tuberkelbasiller. Etter som han var basillebærer, ble også sønnen undersøkt, og han hadde en linn tuberkulose i lungene...og piken ble satt under fremtidig observasjon.

Farens aktive basiller var uten tvil den infeksjonskilde som hadde forårsaket den yngre sønns død.

Selv om det er lite tuberkulose i Norge i dag i forhold til tidligere er denne situasjon som her er beskrevet en aktuell hendelse som kan forekomme også i dag - særlig blant innvandrerfamilier.

Familie og pårørendes nektelse av obduksjon ligger på mellom 5 til 20 % av alle som dør på sykehus. Dette kan være begrunnet i religiøse forhold, men mest som følge av ønske om å la det døde legeme "være i fred". Det ligger derfor et stort informasjonsbehov for å synliggjøre nytten av obduksjon ovenfor allmennheten og for pårørende når obduksjon er aktuelt. Det bør derfor inngå som en regelmessig rutine ved alle sykehus at viktige obduksjonsresultater blir bekjentgjort for de nærmeste pårørende dersom ikke særlige forhold skulle tilsi noe annet (jfr.lov om taushetsplikt).

Reduksjon i forekomst av sykdom med akutt død (f.eks nedgang i antall hjerteinfarkt) og relativ økning i død som følge av kroniske sykdommer, særlig kreftsykdommer kan sikkert også ha betydning for hvorfor obduksjon utføres i mindre grad i dag enn for

10-20 år tilbake. En type obduksjoner som derimot synes å øke er obduksjon av senaborter og dødfødsler som følge av forbedret ultralyddiagnostikk og genetiske undersøkelser.

Det har ofte vært klaget på lang svartid på obduksjoner og dette kan også bidra til redusert rekvirering når det endelige resultatet likevel først vil foreligge etter mange måneder. Som følge av manglende ressurser har obduksjonene som regel vært nedprioritert i forhold til annen diagnostisk virksomhet. Sentralsykehusene angir gjennomsnittlig svartid til å være 1-3 mnd, mens de fleste regionssykehus angir 3-6 mnd. Siden disse tallene er basert på skjønnsmessige vurderinger er det grunn til å anta at den gjennomsnittlige svartid er noe lengre. For enkelte obduksjoner kan svartid på inntil ett år forekomme ved enkelte institusjoner. Det er av liten klinisk interesse å motta en obduksjonsjournal 6 til 12 mnd etter pasienten døde. Derfor er det nødvendig å redusere svartiden på obduksjoner dersom den kliniske oppmerksomhet om obduksjonenes betydning skal øke. Samtidig må økte ressurser til patologiavdelingene også tilfalle obduksjonsvirksomheten.

I tillegg til å kvalitetssikre behandlingsmessige tiltak kommer bruk av celle- og vevsundersøkesler i sykdomsutredningen av pasienter som et stort og viktig område. Dette er en virksomhet som har ekspandert betydelig etter introduksjon av endoskopisk biopsitaking og nålebiopsier; enten finnålsaspirasjon av celleprøver eller grovnålsbiopsier. I denne virksomheten deltar patologen i sykdomsutredningen av pasienten forut for behandling (f.eks kreftsykdommer) eller som ledd i overvåkning av behandlingseffekt (f.eks kronisk lever-betennelse, mavesår, tykktarmskatarr etc.). I denne virksomheten interagerer patologene mye sterkere i den kliniske utredning av pasientene forut eller under behandling. Det er derfor viktig å ha et godt samspill mellom patolog og kliniker for å optimalisere bruken av patologisk-anatomiske metoder og å sikre god pasientbehandling.

Den kanskje viktigste interaksjon mellom patolog og opererende lege er i bruk av frysesnitt som utføres på pasienter mens de ligger på operasjonsbordet. Det utføres ca. 3.500 "frysesnitt"-undersøkelser i Norge hvert år (1998). Mc.Kee German gir i sin bok en meget god beskrivelse av denne situasjonen:

“Jeg har akkurat slått meg til ro med blindtarmene mine, da en assistentlege stikker hodet inn gjennom laboratoriedøra.

- Doktor Blain ber doktoren komme til syver`n, sier han.

- Jeg kommer straks. Det er alltid en viss spenning i å bli tilkalt for en biopsi, en rask mikroskopisk undersøkelse mens pasienten ligger på operasjonsbordet.

En slik diagnostisk biopsi kan forandre gangen i operasjonen. Av den grunn er det patologiske laboratorium bygd sammen med den kirurgiske avdeling.....

Uten å snu seg sier doktor Blain med grov røst under ansiktsmasken: - Det er noe merkelig her.....

I hele bukhulen og bekken-trakten kjenner jeg en mengde små knuter. Tarmene, livmoren, egglederne og appendiksroten er helt fulle av dem - flere enn jeg i tjue års praksis har sett hos en kvinne.

Doktor Blain ser engstelig på meg. Han beskriver kort tilfellet for meg: - Kvinnen er førti år og har hatt store bukmerter. Kirurgen hadde mistanke om en gammel appendicitt som det hadde vært en lett sak å fjerne. Men alle disse små svulstene kunne umulig opereres bort.

- Tbc? spør kirurgen.

Jeg rister på hodet. Når jeg kjenner mer på dem tror jeg mer på kreft. I så fall er det ingen hensikt å ta vekk livmoren og knutene. Men dette er ikke det rette øyeblikket for gjetninger.

- Ta bort `n sier jeg og går bort fra operasjonsbordet. Et øyeblikk etter slipper kirurgen en ertestor, hard knute ned i hånden min.....

Jeg skynder meg tilbake til laboratoriet og legger knuten på platen under frysemikrotomen. En iskald stråle spruter fra et lite munnstykke som er forbundet med flytende kullsyre, og gir knuten et overtrekk med rim. Enda noen stråler og den er pakket inn i snø.

Jeg lar det brede bladet på snittemaskinen gli fram og tilbake. Det skjærer skiver av det frosne vev, skiver som bare er noen hundredels millimeter tykke - tynnere enn papir. Jeg tar skivene opp med pekefingeren og legger dem på en saltoppløsning. De blir etterpå lagt i et farvebad, hvor hver celletype absorberer farvestoff av forskjellig farve. Tre av de beste snittene legger jeg på tynne, rektangulære glasskiver - objektglass - og dekker hvert av dem av et enda tynnere glass - et dekkglass - et par centimeter i firkant. På noen sekunder er glasset under mikroskopet og øynene mine ved de binokulære linser. Fra lyset foran mikroskopet retter jeg en stråle gjennom preparatet ved hjelp av de reflekterende speil.

Jeg studerer cellemønsteret, som likner en vakker marmorskive med innviklet mønster. Jeg ser straks at det ikke er kreft jeg har foran meg - det vakre og skjebnesvangre bildet av blå, tilspissede strenger og blå prikker på klar bunn. Men allikevel ser jeg noe usedvanlig i cellenes arkitektur. Mellom musklene og bindevevet gjenkjenner jeg en karakteristisk gruppering av de aktive blå celler rundt øyer av åpne felter - mønster av vev fra livmorens slimhinne. Uterusvev fra en knute på tynntarmen.

Jeg skynder meg tilbake til operasjonssalen. Doktor Blain og assistentene hans har bare ventet i fire minutter da jeg kommer inn døra og forteller:

Det er endometriose.

Jeg ser lettelsen i øynene til kirurgen. Endometriose er en merkelig spredning av livmorvev til forskjellige steder i kvinnens bukhule. Under menstruasjonsperioden oppfører disse seg som i uterus: de fylles med blod. Avskåret fra normalt avløp tømmer de seg langsomt og blir cyster. Det var cystene og ikke blindtarmen som forårsaket smertene. Og heldigvis fantes ikke spor av kreft.”

Denne beskrivelsen av en patologs arbeidssituasjon under en operasjon er skrevet

for over femti år siden, men har gyldighet også i dag. Den viser på en utmerket måte den interaksjon som er nødvendig mellom kirurg og patolog for å oppnå et godt resultat i behandlingen av pasienten.

“Screening” er basert på undersøkelse av presumptivt ikke symptomgivende individer som ønsker å få kartlagt sykdom eller sykdomsrisiko ved en gitt undersøkelse. Patologisk-anatomisk diagnostikk inngår i screening av flere kreftformer. I den organiserte screening (innkalling hvert 3. år) inngår celleundersøkelser for påvisning av livmorhalskreft og deres forstadier som siden 1995 er etablert i alle fylker. Før dette tidspunkt (fra 1950- årene) foregikk det en uorganisert screening ved at kvinnen selv tok initiativ til en slik undersøkelse eller ble anbefalt dette av sin lege eller som generell anbefaling gitt av helsevesenet. Det bør være et mål å få redusert den uorganiserte screening i betydelig grad.

Organisert “screeningundersøkelser” på kreft.

- Livmorhalskreft, alle fylker fra 1995
- Brystkreft, fire fylker fra 1996, 11 fylker fra 2000
- Tykktarmskreft, to fylker fra 1999 (prøveprosjekt 14.000 individer)

Siden 1996 er det etablert organisert screening på brystkreft med klinisk undersøkelse, mammografi og punksjonscytologi i fire fylker (Akershus, Oslo, Rogaland, Hordaland). Det er foreslått utvidelse til også å gjelde 5 nye fylker fra 1999 og ytterligere 2 fylker fra 2000.

Fra 1999 er det foreslått et prøveprosjekt på screening av colorectal cancer som skal starte i Telemark og Oslo. I andre land er det også etablert screening for prostatakreft. Det vil også bli startet et prøveprosjekt med screening for prostatakreft her i landet for å vurdere en eventuell nytte av dette.

Ved alle kreft-screeningundersøkelser inngår celle- og/eller vevsundersøkesler for å fange opp personer som enten har forstadier til kreft eller har kreft (ofte i en tidlig fase av sykdommen). Patologisk-anatomisk diagnos-

tikk inngår som en helt nødvendig element ved siden av klinisk- epidemiologisk kompetanse i alle eksisterende screening-programmer.

3.4.2 Patologifaget innenfor spesielle sykdomsgrupper

Kreftsykdommer

Bruken av patologitjenester er grunnlaget for nesten all kreftdiagnostikk. Patologisk-anatomisk diagnostikk inngår som et helt nødvendig element i all diagnostikk og “screening” på kreft som vi har gjort rede for i foregående kapittel.

Nevropatologi

Kreft i sentralnervesystemet utredes og behandles i det vesenligste på regionsykehusnivå. Det er tradisjon for at den patologisk-anatomiske diagnostikk er organisert slik at det er én eller få patologer på patologiavdelingen som tar del i denne type diagnostikk fordi den er så spesiell med store behandlingmessige konsekvenser for pasienten og det forhold at ikke alle patologer vil få et erfaringsgrunnlag som er stort nok til å kunne takle denne type problemstillinger. Derfor er staben av kvalifiserte nevropatologer her i landet kun 5-7 personer.

I tillegg til kreft og godartede svulster i sentralnervesystemet har de nevropatologiske seksjoner også ansvar for diagnostikk av andre sykdommer. Dette gjelder diagnostikk på pasienter med nevromuskulære lidelser hvor muskel- og i noen grad nervebiopsier inngår i utredningsarbeidet. Et stort funksjonsområde er hjerneundersøkelser i forbindelse med obduksjoner. Dette er som regel pasienter som dør en plutselig død (sykdom eller skade) som følge av ulike typer blødninger i sentralnervesystemet, etter intrakranielle operasjoner eller dør som følge av kroniske sykdommer (f.eks demens, multippel sklerose, stoffskiftesykdommer, Parkinsons sykdom, løsemiddel-skade, alkohol etc).

I tillegg til diagnostikk er den vitenskapelige kompetanse innenfor dette fagområdet viktig. I forbindelse med ny kunnskap om varianter av Creutzfeldt-Jacobs sykdom (spesiell demenssykdom) og sammenhengen til skrapesyke og kugalskap som oppstod i Storbritannia for noen få år siden var det viktig for myndighetene at den norske fagkunnskapen var kompetent til å forstå og rådgi i dette

plutselig aktuelle medisinske og veterinærmedisinske spørsmål.

Det er et dilemma at denne fagkunnskapen representeres av svært få patologer i dette land. Det gir problemer i form av mangel på bakvaktfunksjoner ved fravær (permisjoner, ferier, studiereiser etc) og nødvendig tyngde i utviklingsarbeidet (forskning, metodeutvikling, deltagelse i internasjonalt arbeid etc). Dette er et problem som også gjelder andre spesialområder innenfor patologien.

Inflammatoriske og degenerative sykdommer

Patologisk-anatomisk diagnostikk inngår som et viktig element i utredning av pasienter med betennelsestilstander i ulike organer. Dette kan være infeksjose sykdommer forårsaket av virus (f.eks HIV), bakterier (f.eks mycobakterier) eller sopp og parasitter, men oftest dreier det seg om autoimmune sykdommer eller betennelsessykdommer med en uklar årsak. Affeksjon av hud, nyre, mave/tarm, lever, spyttkjertler, respirasjonsorganer, ledd og endokrine organer er de hyppigste lokalisasjoner. For å kunne løse disse oppgaver er det viktig at patologen får en god erfaring med å se mange tilfeller av disse tilstandene. Det er også viktig at det utvikles bedre metoder til å påvise infektøse agens i celler og i vev.

Hjerte- karsykdommer

Denne sykdomsgruppen er den største når det gjelder dødsårsaker og er derfor tradisjonelt en utfordring for patologene først og fremst i forbindelse med obduksjon. Patologisk-anatomisk diagnostikk innenfor hjerte- karsykdommer har derfor tidligere vært et svært godt dekket fagfelt. Dette gjelder også forskning som har gode tradisjoner innenfor særlig atherosklerose (åreforkalkningssykdommer) her i landet. Den synkende obduksjonsfrekvens skaper en endret situasjon hvor påliteligheten i dødsårsakstatistikk blir et fremtredende problem og forskningsbasert kunnskap omkring denne store sykdomsgruppen også kan bli redusert.

Organtransplantasjoner

Mange kroniske sykdommer ender med organsvikt. Eneste behandlingstilbud er derfor i de fleste tilfeller organtransplantasjon som er en meget kostnadskrevenende. Dette

gjelder særlig sykdommer i hjerte, nyre, lunger, lever og benmarg. Patologens rolle er i første rekke å kunne gi en korrekt og komplett diagnose på bakgrunn av en biopsi slik at klinikerne kan gi en prognose og beregne muligheten og tidspunktet for en eventuell transplantasjon. Etter at pasienten har fått et nytt organ er patologens oppgave å kunne diagnostisere avstøtningsreaksjoner eller infeksjoner når det klinisk er mistanke om dette. Dette blir også utført på biopsimateriale og krever en døgkontinuerlig beredskap av patologen for å kunne bistå klinikerne med nødvendig kompetanse.

Arvelige sykdommer og misdannelser

Ultralyddiagnostikk og fostervannsprøve (kromosomanalyser) har gjort det mulig å diagnostisere misdannelser og fare for arvelige sykdommer i fosterlivet. Dette gir i følge vår abortlov muligheten til svangerskapsavbrudd på medisinske indikasjoner relativt langt ut i svangerskapet når sykdom og skade på fosteret kan påvises. Følgen av dette er at provoserte senaborter og dødfødsler blir undersøkt ved patologiavdelingene for dokumentasjon på misdannelser og annen skade på fosteret. Dette gjøres for å kvalitetssikre billeddiagnostikk (ultralyd) og andre undersøkelser på kvinnen. Dette er blitt en betydelig oppgave ved mange patologiavdelinger og krever en særlig god kompetanse til å utføre denne type undersøkelser. Interaksjonen med fødeklinikkene, barneavdelingene og medisinsk genetiske avdelinger i form av møter og utveksling av informasjon er nødvendig for å oppnå god kvalitet på denne type virksomhet.

3.4.3 Patologen som rådgiver

Patologiavdelingene er vanligvis påpasselig med å gi tilbakemelding til rekvirentene dersom prøvematerialet har vært for sparsomt eller inadekvat av andre grunner (for få biopsier, ikke representative biopsier, traumeartefakter oppstått ved prøvetaking, dårlig fiksering etc). Det har derimot vært mer problematisk å inngå i en aktiv veiledningsrolle hvor patologen forut for selve prøvetakingen har gitt råd om hvilken type materiale som først burde undersøkes og fra hvilke områder materialet burde taes fra og i hvilket antall etc. Det finnes eksempler på overtallig biopsi- og cytologitaking samtidig som det er eksempler på inadekvat prøvetaking

(for lite og uhensiktsmessig materiale). En del av denne uhensiktsmessig prøvetakingen skyldes manglende interaksjon mellom patologiavdelingene og de kliniske avdelinger. Dette skyldes igjen manglende kapasitet i patologiavdelingene til å inngå i regelmessige møtevirksomheter med de kliniske avdelinger og å utarbeide veiledningsbeskrivelser for hensiktsmessig prøvetaking som angir indikasjon, type og mengde prøvemateriale. I tillegg har klinikernes bevissthet om disse forhold vært lav. Rollen som lojal tjenesteytende har undergravet patologenes myndighet til å avkreve hensiktsmessig prøvetaking med optimalt celle- eller vevsmateriale. Klinikernes sannsynlighet for å bli avvist ved manglende indikasjon og dårlig prøvemateriale er så liten at dette har ikke vært en ris bak speilet som har skjerpert dem i utøvelsen av adekvat prøvetaking. Det ligger heller ikke en økonomisk konsekvens ved uhensiktsmessig eller inadekvat prøvetaking for klinikerne. Alle prøver på polikliniske pasienter blir honorert av Rikstrykdeverket selv når indikasjon og prøvemateriale ikke er i henhold til faglig medisinsk korrekt og rasjonell anvendelse.

Det har fra gastroenterologisk hold vært hevdet at det taes inn på 30.000 endoskopiundersøkelser av tykktarmen i Norge hvert år. Dette utføres i hovedsak i forbindelse med påvisning og kontroll av kroniske tykktarmsbetennelser og ved mistanke om kreft og polypper i tykktarmen. En slik undersøkelse medfører at det nesten alltid taes biopsier fra tarmslimhinnen. Svært ofte viser disse undersøkelsene at forholdene i tarmen er normale. Det kan derfor synes som det er et misforhold mellom det store volum av biopsier av normal tykktarmslimhinne og den relative beskjedne gevinst i form av alvorlig sykdomspåvisning som fremkommer i mange slike tarmserier. Patologene kan i denne situasjonen delta mer aktiv i en dialog med klinikerne for å komme frem til en mest mulig rasjonell prøvetaking som ikke unødvendig belaster patologiavdelingene og som samtidig opprettholder en forsvarlig sikkerhet for at ikke alvorlige sykdom blir unndratt undersøkelse.

Det er likevel grunn til å påpeke at det finnes svært lite vitenskapelig dokumentert litteratur som angir en gradert sannsynlighet for korrekt diagnostisert sykdom ved anvendelse av ulike patologisk-anatomiske prosedyrer

og vekslende kvalitet på prøvematerialet. Svært mye er basert på lite systematiserte og dokumenterte erfaringer som ofte er svært lokalt etablert ved den enkelte patologiavdeling og tildels individualisert. Rasjonalitet er en lite påaktet variabel når faglige interesser blir dominerende, mens bruk av parallelle og tildels overlappende metoder har en tendens til å utvikle seg når klinisk krav til diagnostisk presisjon og pålitelighet blir overveldende.

Ett eksempel er bruk av punksjonscytologi i utredning av brystkreft. Ved påvist brystkreftdiagnose ved bruk av celleprøve blir klinikerens dilemma om denne undersøkelsen må følges opp med vevsprøve (frysesnitt eller ordinær åpen biopsi) før et terapeutisk inngrep blir utført. Dersom kirurgisk behandling av brystkreft kan utføres bare ved bruk av punksjonscytologi er det oppnådd en vesentlig rasjonalisering av ressursbruk. Dersom vevsundersøkelse må utføres i tillegg til celleundersøkelse som en kvalitetssikring for riktig diagnose er patologisk-anatomisk diagnostikk påført en ekstra ressursmessig belastning.

Ved enkelte patologiavdelinger i utlandet er patologen med i prediagnostiske møter hvor nettopp indikasjon for prøvetaking og hensiktsmessig prøvemateriale diskuteres (barnesvulster, svulster i bløtvev og skjelett, etc). Det har derfor vært foreslått en større integrering av patologivirksomheten i kliniske beslutningsstrategier; f.eks. deltagelse kliniske morgenmøter, visitter, prøvetakingsenheter (endoskopi og røntgen). Dette har det ikke vært mulig å få til i Norge i særlig grad, først og fremst p.g.a vanskelig bemanningssituasjon på patologiavdelingene og en manglende kultur for denne type interaksjoner. Den punksjonscytologiske prøvetaking utført av patologene selv er et eksempel som kommer nærmest opp til en slik situasjon som her beskrives.

Hvilke interesser kan være førende for bruk av patologisk-anatomiske tjenester?

De fleste celle- og vevsprøver tas som følge av en medisinsk-faglig vurdering slik vi har gjort rede for tidligere i dette kapitlet. Dersom takst for biopsitaking forekommer, som gjør en slik undersøkelse økonomisk fordelaktig for rekvirenten vil et økonomisk aspekter i bruk av patologisk-anatomisk undersøkelser kunne være førende. Takster for

undersøkeslesprosedyrer som kan medføre biopsitaking gir i noen, men ikke alle tilfeller tillegg i taksten for selve cytologi- eller biopsitakingen. Derfor er det i det norske helsevesen ingen stor økonomisk drivkraft som virker førende på prøvetall i patologi med unntak av cytologi. For denne virksomheten er indikasjon for prøvetaking kommet inn i organisert screening, slik at unødvendig prøvetaking er redusert.

Det er ingen grunn til å skjule at fag- og forskningsinteresser kan bidra til prøvetaking som ikke har særlig stor diagnostisk betydning for pasienten. Dette kan være unødvendig prøvetaking hos presumptivt friske individer eller supplerende prøver på pasienter som ikke gir noen tilleggsinformasjon som vil endre en allerede bestemt behandlingsstrategi. Det er ingen grunn til å anta at dette foregår i særlig stor skala ved norske sykehus. Bemanningen av patologiavdelingene setter vanligvis en begrensning i dette.

Ulike interesser som kan innvirke på patologisk-anatomiske undersøkelser:

- *Medisinsk-faglig indikasjon*
- *Økonomiske interesser*
- *Spesielle fag- og forskningsinteresser*
- *Pasientinteresser*

Norsk medisin vil sannsynligvis oppleve en økning i diagnostikk som er begrunnet i pasientens egne ønsker. Informasjons-samfunnet med de mange muligheter til selv å finne ut av egen sykdom vil skape et press på helsevesenet som vil kunne øke antall diagnostiske undersøkelser. Det er derfor viktig at klinikerne har en realistisk forventning til patologisk-anatomiske tjenester og ikke lar seg presse til undersøkelser som ikke har en rasjonell innpass i en faglig begrunnet utredningsprosedyre. Det må i dag antas at denne type misbruk av tjenester er svært liten i patologi.

Som konklusjon vil vi anbefale at patologen i større grad bør evaluere nytten av sine tjenester i samarbeid med klinikerne. Her er det et betydelig arbeid som kan gjøres da det er relativt liten vitenskapelig dokumentasjon som er gjort på nytteeffekten av en del undersøkelser. Patologen må komme i en mer aktiv posisjon i fremtiden som veileder i bruk av celle- og vevsdiagnostikk.

3.4.4 Det diagnostiske grunnlag

Hvilket grunnlag hviler patologisk-anatomisk diagnostikk på utover det å ha en innarbeidet og standardisert teknisk metode? Underwood (1981) skriver i sin bok:

“Det å sette en diagnose på et celle- eller vevspreparat er å gjenkjenne en sykdom eller å skille den fra en annen og dernest å påføre den en betegnelse.”

Det er to steg involvert i det å sette en diagnose. Det ene er knyttet til kunnskap. Kunnskap kan erverves i lesing av litteratur om hvordan ulike sykdommer manifesterer seg i endring av celler og vevs normale form og struktur. Det andre er vurderingsevne. Vurderingsevne er en dyktighet nært knyttet til erfaring som gjør patologen i stand til å gjenkjenne og kategorisere sykdom. En patolog kan være svært kunnskapsrik om en bestemt sykdom og sykdomsgruppe, men dersom han mangler den praktiske erfaring kan han svikte i å gjenkjenne sykdommen.

Svært dyktige patologer har gjerne en tredje egenskap som gjør dem spesielt dedikert til å løse vanskelige oppgaver - det er en egenskap som er nært knyttet til intuisjon. Det kan best beskrives som en sum av all kunnskap; klinisk og patologisk-anatomisk og lang erfaring, som i en samlet syntese med følsom avveing mellom ulike hensyn kan komme frem til en bestemt diagnose. I en slik prosess er det også viktig å ha det tilstrekkelige faglig mot til å strekke sin profesjonelle kompetanse dit den kan gi klinikerne en mest mulig presis og komplett diagnose.

Patologens erfaring erverves gjennom trening til å observere makroskopiske og mikroskopiske funn av ulike tilstander innenfor samme sykdom - eller organområde. Dette oppnåes ved den skoloring patologen får i sin opplæring som assistentlege og senere yrkeserfaring som overlege i faget. Kunnskapen om sykdommene erverves gjennom lesing av relevant litteratur og med deltagelse i faglige møter, kurs, kongresser etc. I tillegg kommer den veiledning som utøves ved gjennomgang av prøvene som overlegene og assistentlegene foretar sammen eller i plenum.

3.4.5 Det vitenskapelige referansegrunnlag

Hvilke krav settes til en standard for diagnostikk av sykdommer? Det er vanligvis knyttet to nødvendige betingelser til etablering av standarder eller klassifikasjon i patologisk-anatomisk diagnostikk. Det ene er at klassifikasjonssystemet skal være pålitelig, med andre ord at det skal kunne reproduseres i ulike patologimiljøer og således være basert på vanlige metoder. Det andre er at klassifikasjonssystemet skal ha en klinisk betydning som gir mulighet for å foreta riktige og rasjonelle behandlingsmessige avgjørelser og likeledes kunne forutsi prognose.

Standard og referanselitteratur

Svært meget av patologens arbeid er knyttet opp mot kreftdiagnostikk. Derfor er svært mange av de klassifikasjonssystemer som brukes i patologi knyttet til inndeling av forskjellige kreftformer i ulike organsystemer.

Et slikt eksempel er "WHO's blåbøker". Dette konseptet ble vedtatt på den tiende forsamling i Verdens helseorganisasjon i mai 1957. I juni samme år møttes en arbeidsgruppe i Oslo som ga råd til WHO hvorledes dette arbeidet skulle organiseres. I korthet er prosessen som følgende: For hver tumorlokalisasjon foreslås et tentativt histologisk klassifikasjonssystem av en ekspertgruppe bestående av inntil 10 patologer fra ulike land. Et internasjonalt referansesenter og et gitt antall samarbeidende patologiavdelinger får så i oppgave å teste det foreslåtte system etter utveksling av materiale. Deretter konfirmeres et klassifikasjonssystem basert på de modifikasjoner som kommer frem i prosessen. Klassifikasjonssystemet for hvert organ eller organsystem publiseres i en "WHO-blåbok" med referanse til histologiske mikroskopbilder og en kortfattet tekst for hver svulsttype. Et lignende system som "WHO-blåbøker", men mer lik en monografi er "Atlas of tumor pathology" som publiseres av Armed Forces Institute of Pathology i Washington DC.

Tidlig var man klar over at kun klassifisering av en tumor ikke var tilstrekkelig informasjon når det gjaldt behandling og prognose. Dette gjaldt særlig angivelse av en tumors stadie ved tidspunkt for diagnose. Basert på angivelser av stadie for flere forskjellige kreftformer deriblant gynekologisk kreft (Fédération Internationale de Gynécologie

et d'Ostetrique = FIGO), ble det laget en samlet fremstilling av dette emnet som utkom i 1982 og som anga retningslinjer for stadieinndeling for kreft i alle organsystem. Denne publikasjonen ble utgitt av International Union Against Cancer i Geneve og ble betegnet som T (=tumor) N (=node) M (metastasis) Classification of Malignant Tumours. Denne var i første rekke beregnet på klinisk stadieinndeling, men i den reviderte utgaven av 1992 er det angitt retningslinjer for bruk også i patologisk-anatomi (pTNM).

De store internasjonale klassifikasjonssystemer er som regel basert på mest mulig tradisjonell og reproduserbar metodikk (Hematoxylin-Eosin färvete snitt) for derved å kunne anvendes på de fleste patologiavdelinger rundt om i verden - mest mulig uavhengig av bruk av spesialundersøkelser. Med utvikling av nye metoder er det derfor nødvendig å basere deler av diagnostikken med bruk av bl.a. immunhistokjemi og molekylærbiologiske teknikker der hvor ressurser er tilgjengelig. Til dette kreves spesiell litteratur, dels i form av monografier eller store moderne tekstbøker, men som oftest tidsskriftlitteratur av nylig utkommete vitenskapelige artikler.

Standardisert nomenklatur har også betydning for koding av diagnoser. Slik påvirker nomenklatur kodepraksis og omvendt har koding innvirkning på bruk av nomenklatur. Innenfor ett og samme system har således koding og nomenklatur innbyrdes relasjoner som er viktig å være klar over. Vi har tidligere gjort rede for bruk av SNOMED (Systematized nomenclature of medicine) som er et codesystem som alle patologiavdelinger i Norge benytter i dag. Det er viktig at det er en enhetlig praksis vedrørende bruk av nomenklatur og koding i dette landet. Dette etableres ved alle de fagkurs innen patologi som arrangeres av legeföreningen og universitetene og alt det faglige og organisatoriske initiativ som patologforeningen utøver.

Diagnostisk presisjon og kompletthet

Histologisk klassifisering, gradering og stadieinndeling har vært fundamentet i all tumordiagnostikk de siste 30 år. Med det økende krav til høyere presisjonsnivå i patologisk-anatomisk diagnostikk i takt med bedre og mer spesialisert behandling, har det derfor utviklet seg et ønske fra klinikerne om

en mer omfattende og systematisk fremstilling av alle patologisk-anatomiske funn som kan ha betydning for behandling og prognose. Dette er også kommet frem ved at de mikroskopiske beskrivelser og diagnostiske oppstillinger har en tendens til å være inkonsistente. Angivelsen av fravær eller tilstedeværelsen av bestemte funn i en tumor som har prognostisk betydning (f.eks ekstramural veneinfiltrasjon i en tykktarmskreft eller østrogen- og progesteronreseptor ved brystkreft) avviker ofte fra patolog til patolog og fra avdeling til avdeling. Ved etablering av diagnostiske maler vil disse systematisk bli etterspurt i form av en sjekklister. Denne type diagnostisk fremstilling har vært i sterk utvikling de siste 5-10 år.

Bakgrunnen for denne utviklingen henger også sammen med etablering av kliniske protokoller i kreftbehandlingsprosjekter. For en del kreftformer, særlig sjeldne svulsttyper er det etablert nasjonale eller internasjonale samarbeidsprosjekter for å kunne oppnå et tilstrekkelig antall kasus som kan gi statistisk styrke ved evaluering av behandlingsresultater. I slike protokoller inngår patologisk-anatomiske funn. Patologene blir i slike tilfeller "tvunget" til å angi relevante funn eller utføre spesialundersøkelser (innvekst av tumor i bestemte anatomiske strukturer, ploiddimålinger av tumor, antall lymfeknuter etc.).

3.4.6 Patologifagets betydning for nasjonale registerfunksjoner

Kreftregisteret og kreftscreeningsenhetene

Alle ondartede svulster som blir diagnostisert av klinikere og patologer eller blir angitt på dødsårsakskjema blir sendt til og registrert i Kreftregisteret. I tillegg melder patologene forstadier til kreft. En kreftdiagnose som er basert på en vevsundersøkelse er ansett som det sikreste grunnlag for korrekt diagnose i Kreftregisteret. De fleste patologiavdelinger har datasystemer som har innebygde funksjoner for utlisting av meldepliktige tilfeller. Dessverre forekommer det eksempler på at kreftdiagnoser ikke blir meldt til Kreftregisteret, særlig gjelder det forstadier til kreft som ikke alle institusjoner er like oppmerksom på skal meldes.

Meldingene skjer ved innsending av papirkopier til Kreftregisteret. I fremtiden vil det være mer hensiktsmessig med elektronisk overføring av denne type informasjon.

I forbindelse med screening på livmorkreft er det etablert en felles cytologiremisje som brukes av alle rekvirenter og patologiavdelinger. Dette gjør at rekvirering og diagnosesvar får en standardisert form som sikrer en ensartet praksis i hele landet. Dette letter registrering av alle cytologi- og histologifunn i screeningsenheten i Kreftregisteret.

Andre meldepliktige diagnoser og registre

I smittevernlovens §3-3 (1995) er medisinsk ansvarlig lege ved tjenesteytende laboratorier som utfører medisinsk mikrobiologiske og patologisk-anatomiske diagnostiske undersøkelser ansvarlig for at det finnes rutiner som sikrer meldeplikten for smittsomme sykdommer. Meldingene sendes Statens Institutt for Folkehelse som kopi av laboratorierekvisisjon og utfylt svarskjema (histologi-, eller cytologiremisje eventuell obduksjonsjournal). For patologisk-anatomiske avdelinger er det særlig melding av kronisk spesifikk betennelse (tuberkulose, atypiske mykobakterier) som er mest aktuell.

Bevisstheten om meldeplikt og hva som skal meldes er ikke like god ved alle patologiavdelinger.

Bivirkningsnemnda

I Norge er det lovbestemt meldeplikt ved mistanke om alvorlig bivirkning av medikamenter. Meldeplikten omfatter; 1) Dødelige og livstruende bivirkninger, 2) Bivirkninger som har gitt varige og alvorlige følger, 3) Uventede eller nye bivirkninger. Melding sendes Statens legemiddelkontroll, Oslo. Det er viktig å være klar over at meldeplikten trer i kraft allerede ved mistanke om bivirkning. Melding fra patologiavdelingene kan sendes i form av kopi av obduksjonsrapport eller remisjekopier av vevs- og celleundersøkelser.

Patologiavdelingene melder i sjelden grad ved mistanke om bivirkning. Det er som regel kun når det er kjent at det ved obduksjon er funn som kan passe med forgiftning eller aksidentell medikamentskade at patologiavdelingene melder om bivirkning.

Statistisk Sentralbyrå

Patologiavdelingene sender kopi av førstesiden av sine obduksjonsjournaler til Statistisk Sentralbyrå. Dette gjelder både sykehusobduksjoner og rettsmedisinske obduk-

sjoner. Slik Statistisk Sentralbyrå har etablert sitt dødsårsaksregister bli dødsfall som blir obduisert justert for ukorrekte dødsårsaksdiagnoser i henhold til det som fremkommer ved obduksjon.

For noen år tilbake ble det etter initiativ fra Den norske Patologforening anbefalt bruk av felles førstesideoppsett på obduksjonsjournaler noe som stort sett er gjennomført ved alle patologiavdelinger her i landet. Hensikten var å opprette et obduksjonsregister som en inkorporert del av dødsårsaksregisteret for derved å kunne sammenligne presisjon og kompletthet i dødsårsaksdiagnoser basert på kliniske vurderinger og på patologisk-anatomiske undersøkelser. Formålet med tiltaket var å ha en kontinuerlig kvalitetssikringskontroll av dødsårsaksdiagnoser her i landet. Det ble med støtte fra Statistisk Sentralbyrå sendt søknad om konsesjon på et slikt register til Datatilsynet.

3.4.7 Samarbeid mellom patologiavdelinger.

Innkalling av preparater

Det har vært vanlig praksis at når en pasient legges inn på et annet sykehus enn det sykehuset hvor patologiprøven primært ble besvart så innkalles preparatet til den patologiavdeling på det sykehuset pasienten er blitt henvist til. Siden klinikerne på det henviste sykehus har det behandlingsmessige ansvaret for pasienten vil de være sikker på at diagnosen er i henhold til den nomenklatur og presisjon som utøves på deres sykehus og at en "second opinion" undersøkelse vil kunne avdekke upresise og inkomplette svar og endog feil ved diagnosen som kan ha behandlingsmessige konsekvenser.

Vanligvis er det god diagnostisk overensstemmelse mellom patologiavdelingene imellom. I en systematisk undersøkelse på overensstemmelse av diagnoser på Rikshospitalet for hele 1997, ble identiske vevsprøver på i alt 86 pasienter senere også undersøkt på andre regionsykehus (fortrinnsvis Radiumhospitalet). Blant disse 86 pasientene ble det ialt påvist 6 mindre diagnostiske avvik. Ingen av tilfellene hadde behandlingsmessige konsekvenser.

Konsulentvirksomhet

Noen patologiavdelinger har gjennom årenes løp opparbeidet en større kompetanse

innen visse områder av patologien enn andre. Dette er dels basert på pasientgrunnet til det enkelte sykehus, men også til individuelle interesser hos den enkelte patolog. I slike tilfeller sender patologer celle- og vevspreparater til konsultasjon.

Tabell 3.4.B -Antall patologivadelinger ved region- og sentralsykehus som ikke anser å ha tilstrekkelig kompetanse til å utføre bestemte diagnostiske oppgaver.

Fagfelt	Region-sykehus N=6	Sentral-sykehus N=12
Nyrebiopsier	1	8
Benmargsbiopsier	0	7
Muskelbiopsier	0	4
Rettsmedisin	2	3
Nevropatologi	0	2
Elektronmikroskopi	0	2
Lymfomdiagnostikk	0	1
Punksjonscytologi	0	1

Radiumhospitalet er den institusjon som i størst utstrekning har vært benyttet til konsultasjonsoppdrag når det gjelder diagnostikk på solide svulster.

Vi spurte avdelingsoverlegene hvor ofte annen patologiavdeling ble rådspurt på vanskelige kasus. Alle 6 regionsykehus og 10 av 12 sentralsykehus svarte at de kun hadde sporadisk behov for kompetanse ved annen nasjonal eller internasjonal patologiinstitusjon. Kun to sentralsykehusavdelinger hadde behov for assistanse minst én gang og ofte flere ganger per uke.

På spørsmål hvilke kompetanse som avdelingen ikke dekket (tabell 3.4.B) var det to av seks regionsykehusavdelinger som ikke dekket rettsmedisin og én som ikke dekket nyrebiopsivurderinger. Blant sentralsykehusene var det nyrebiopsier og benmargsbiopsier som i minst grad ble dekket av egen patologiavdeling.

Disse to undersøkelsene gir sannsynligvis ikke et helt korrekt bilde av situasjonen. Det er trolig at flere avdelinger ville ha behov for diagnostisk støtte dersom tilgjengeligheten for slik støtte hadde vært bedre.

Kompetansesentre og patologiregistre

Det finnes ingen diagnostikk i patologi som myndighetene har bestemt bare skal foregå på bestemte steder. RiTØ og Rikshospitalet er blitt tillagt funksjon som kompetansesenter for medfødte muskelsykdommer. Dette innebærer i praksis at disse patologiavdelinger kan konsulteres dersom behovet er tilstede. Det påhviler ingen plikt til å benytte disse to patologiavdelingene, men det innebærer et medisinskfaglig og etisk problem dersom de andre patologiavdelinger ikke selv klarer å løse de diagnostiske utfordringer på for pasienten en tilfredsstillende måte. Tilsvarende har Sosial- og helsedepartementet nylig bestemt opprettelsen av et kompetansesenter for solide svulster hos barn lagt til Rikshospitalet og Radiumhospitalet.

Nasjonalt senter for fostermedisin er lagt til Regionsykehuset i Trondheim. Det er tillagt en ½ patologstilling som skal bistå klinikerne i deres kartlegging av fosterdiagnostikk.

Det er opprettet et register for nyrebiopsidiagnostikk som er lagt til patologiavdelingen ved Haukeland sykehus. Hensikten er etablering av en nasjonal ensartet diagnostikk og opprettelsen av en database som gir mulighet for forskning i nyresykdommer.

Det er ingen tvil om at en formalisering av spesielle diagnostiske oppgaver til enkelte sykehus som det å opprette kompetansesentre og spesielle sykdomsrelaterte registre kan fremme kvaliteten på patologisk-anatomisk diagnostikk her i landet. Hittil har det ikke vært foretatt noen vitenskapelig evaluering av noen av disse tiltakene, slik at det fremdeles gjenstår hvilke faglige konsekvenser dette har fått. Den største

faren er at sentrene er for avhengig av få dyktige aktører som dermed ikke gir utsikt til langsiktige faglige styrke som sentrene trenger og at den forskningsmessige kompetanseoppbygging er vanskelig med begrensede ressurser.

Utvexling av personell

Staben ved patologiavdelingene har tradisjonelt vært svært statisk gjennom mange år. I Osloområdet har det vært en viss utveksling av assistentleger patologiavdelingene imellom. Patologiavdelinger utenfor det sentrale østlandsområdet (Tromsø, Trondheim, Bergen, Stavanger) har stort sett måtte utdanne egne patologer og har gjennom årenes løp i svært liten grad vært rekruttert med patologer fra de største utdanningsinstitusjonene i Oslo. Siden de fleste patologiavdelinger har hatt full tellende tjeneste for assistentleger har det vanligvis ikke vært nødvendig å flytte til annen institusjon for å fullføre tjenesten slik det har forekommet i større grad innenfor andre spesialiteter.

3.4.8 Kvalitetskontroll og erstatningssaker

Patologifaget har lett tilgjengelighet til ettergranskning av eventuelle feil som er oppstått ved tidligere vurderinger av prøven. Slike kontroller forekommer ved interaksjon mellom kliniker og patolog, ved utveksling av prøver mellom patologer internt på avdelingen, mellom patologiavdelinger eller i forbindelse med erstatningssaker ved bruk av eksterne konsulenter.

De fleste erstatningssaker føres igjennom Norsk pasientskadeerstatning (NPE).

Tabell 3.4.C -Antall patologiavdelinger som utfører spesielle kvalitetssikringsprosedyrer. (Reg.sh=regionsykehus, Sentr.sh= sentralsykehus).

Kvalitetssikringsindikatorer	Reg.sh n=6	Sentr.sh n=12	Alle sh n=20	% av alle sh.
Kvalitetssikringskomite med regelmessige møter	5	8	13	65
Regelmessig avvikskontroll på ett eller flere områder	6	4	10	50
Kontroll på tapte preparater/blokker	5	3	8	40
Kontroll på feilmerking av preparater	5	3	8	40
Kontroll på revisjoner av diagnoser	5	3	8	40
Kontroll på avvik av frysensnittdiagnoser	4	3	7	35
Svartidsstatistikk på en eller flere områder	4	3	7	35
Loggføring av apparatfeil	6	4	10	50

Siden denne virksomheten ble etablert for ca 10 år siden (1988) har det vært innlevert ca 11.000 krav hvorav ca 7.000 saker hittil er behandlet og hvor 2.775 har blitt tilkjent medhold i klage. Av alle saker som er behandlet omfatter 16 % saker som primært involverer diagnostikk. Det er hittil ikke ført statistikk som synliggjør de enkelte medisinske fagfelt og deres andel av klagesaker.

En nylig redegjørelse i Tidsskriftet for den norske lægeforening (6:118, 1998) tar opp to pasientskadeerstatningssaker i NPE som involverer patologi. I den ene saken fikk en kvinne feilaktig stillet en malignitetsdiagnose ved vevsundersøkesle fra det ene brystet. Denne diagnosen påførte kvinnen fjernelse av brystet og betydelige problemer i den ene armen med hevelser og smerter og 100% sykemelding. Hun fikk medhold i erstatningssak til tross for at diagnosen var vanskelig å stille. I vurderingen ble det vektlagt at det innen faget diskuteres kvalitetssikringsregler der det skal avklares hvilke tilstander det bør tilrådes at preparatet blir vurdert av flere enn en patolog. I det andre tilfellet levde en mann i 35 år i feilaktig visshet om at han hadde hatt en ondartet svulst foran høyre øre som han var blitt strålebehandlet for og som senere hadde skaffet ham store plager med sårddannelse, ansiktsskjevhet og svelgvansker. I forbindelse med en søknad om støtte til kjeveortopedisk behandling kom det frem at diagnosen var blitt revurdert etter 18 år, men uten at pasienten hadde fått beskjed om dette.

Disse to sakene illustrerer typiske konsekvenser av diagnostiske feil som forekommer i patologifaget; feilbehandling på bakgrunn i diagnostisk feilvurdering og svikt i pasientinformasjon når diagnoser endres. Det er derfor viktig med kvalitetssikring av patologidiagnoser og en bedre informasjon til pasienten når det skjer endringer i diagnosen. Det må likevel anføres at feil som begås av patologiavdelinger som involverer rapportering og behandling i sykehusenes skadeutvalg er relativt få. Av i alt 110 saker i 1994 og 102 saker i 1995 som ble meldt og behandlet i Skadeutvalget ved Rikshospitalet var det kun én sak i hvert av de to årene som var knyttet opp til feil begått ved avdeling for patologi. Dette er mindre enn 1 % av alle

skademeldinger i løpet av et år. I 1996 og 1997 var det av i alt 115 og 127 saker ingen som var relatert til diagnostiske feil ved avdeling for patologi. Det er liten grunn til å tro at dette forholder seg annerledes på andre sykehus. Dette betyr likevel ikke at det ikke begås feil ved patologiavdelinger som vi tidligere har gjort rede for i dette kapitlet, men at diagnostiske feil heldigvis ikke alt for ofte får store konsekvenser for pasienten. Dessuten vil diagnostiske feil ved patologiavdelingene ofte ikke synes i statistikk av denne type da den skade som er påført pasienten er en sum av mange uheldige omstendigheter hvor feil og mangler i patologibesvarelser bare er en av mange hendelser. I andre tilfeller vil selv vesentlige feil i patologibesvarelser ikke få katastrofale konsekvenser for pasienten fordi det er kontrollmekanismer f.eks. ved de kliniske avdelingene som oppdager disse før skade oppstår.

Ett av forslagene til bedring av kreftdiagnostikk som ble foreslått i Norsk Kreftplan er at alle kreftdiagnoser vurderes av to patologer. Dette kan selvsagt gi en forbedret sikring av kreftdiagnoser, men kan ikke forhindre at viktige funn kan bli oversett når mistanke om ondartet svulst ikke er tilstede.

Bedre pasientinformasjon er klinikerens ansvar, men patologene må etablere gode melderutiner til klinikerne når diagnoser endres. Her kan moderne informasjonsteknologi gi en mer pålitelig sikring av at all relevant informasjon vedrørende patologisk-anatomiske diagnoser blir gitt til behandlende lege.

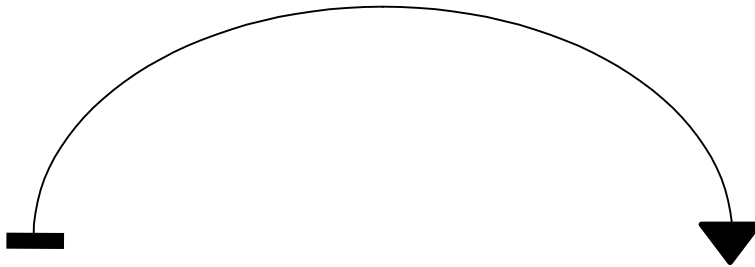
Legeforeningen har utarbeidet retningslinjer for kvalitetssikringsarbeid. En komite nedsatt av patologforeningen (1994) har utarbeidet detaljerte beskrivelser av kvalitetssikringsstrategier.

Det anbefales etablering av kvalitets-sikringskomite ved hver avdeling samt testing av en rekke kvalitetsikringsvariabler. Vi har spurt avdelingsoverlegene ved alle patologiavdelingene hvorvidt komite er etablert og om det foretas systematisk avvikskontroll pånoen av variablene (tabell 3.4.C). Alle unntatt ett regionsykehus hadde opprettet kvalitets-sikringskomite som hadde regelmessige møter, men bare 8 av 12 sentralsykehus. Regionsykehusene hadde gjennomgående en

Organisering av faglige elementer i kvalitetssikring og kvalitetskontroll av diagnoser i en patologiavdeling

Diagnosen skal være:

- Korrekt
- Presis
- Fullstendig
- Avgitt til rett tid



PRØVE INN **Kvalitetssikring**

- Kompetanse
- Organisering og arbeidsfordeling
- Metoderepertoar
- Standardisering av prosedyrer
- Strategi for problemløsning

PRØVE UT **Kvalitetskontroll**

- Egenkontroll
- Plenumskontroll
- Overordnet kontroll
- Systematisk kontroll
- Klinisk kontroll
- Kontroll v/andre institusjoner

høy andel avdelinger (4-6) som svarte positivt på registrering av systematisk avvikskontroller vedrørende tap av preparat, feilmerking, diagnostiske revisjoner, frysesnittsdiagnoser, svartidsstatistikk og føring av logg på apparatfeil. Denne andelen var vesentlig lavere for sentralsykehusene hvor gjennomgående bare 25 % av patologiavdelingene svarte ja på spørsmål om etablerte rutiner på de forskjellige kvalitetssikringsindikatorne.

En samlet vurdering viser at regionsykehusene har startet et systematisk kvalitetssikringsarbeid etter de anbefalinger som ble trukket opp av patologforeningens kvalitetssikringskomite i sin innstilling av 1994, mens dette arbeidet foreløpig henger en god del igjen på patologiavdelingene ved sentralsykehusene.

3.5 Spesialistutdanningen

3.5.1 Sentralsykehus eller regionsykehus?

Tradisjonelt har spesialistutdanningen i patologi vært lokalisert til regionsykehusene/universitetsklinikene. Dette har for det første vært begrunnet i den historiske utvikling av faget som en typisk akademisk disiplin hvor kravet til nær forskningskontakt har vært stort. Med den ekspansjon faget oppnådde i løpet av sytti- og åttiårene var det rimelig at det ble opprettet utdanningsstillinger også på sentralsykehusene. Imidlertid ble svært få utdanningsstillinger opprettet. Utover i åttiårene skjedde det en rekrutteringsvikt i patologi. I stedet for å øke utdanningskapasiteten ble denne redusert. Det var dessuten stort gjennomtrekk av assistentleger og få søkere til stillingene. Flere av overlestillingene på sentral- og tildels regionsykehusene sto vakante gjennom flere år.

I rapporten "Laboratiemedisin i Norge" fremgår det at i løpet av en 6 års periode på slutten av åttitallet og begynnelsen av 1990 årene sluttet 56 assistentleger i faget. Hovedårsaken slik man kunne tolke det på mange steder var stort arbeidspress og dårlig lønn. På ett tidspunkt (1992) var 16 % av alle utdanningsstillinger ubesatte.

Fravær av utdanningsstillinger på sentralsykehusene må søkes i to forhold. For det første har Legeforeningen gjennom spesialitetskomiteen i patologi vært tilbakeholdende med å anbefale sentralsykehusene som fullverdige utdannings-institusjoner (3-4 år). Fra sentralt hold kom det også pålegg om reduksjon i utdanningskapasiteten i spesialistutdanningen i begynnelsen av åttiårene som vi tidligere har gjort rede for (kapittel 1.4). Fagets rotfestethet i universitetsmiljøet og de vansker man hadde for rekruttering selv på regionsykehusavdelinger gjennom '80-årene bidro også til opprettelse av få assistentlege stillinger på sentralsykehusene. Av større betydning er sentralsykehusavdelingenes egen vegring for utdanning av spesialister. Med få overlestilling var det vanskelig å organisere utdanning av egne patologer. Grunnlaget for å gi spesialistutdanning er først tilstede når overlegebemanningen er stabil og stor nok til å kunne forestå utdanning av spesialistkandidater parallelt med den daglige rutine. Av størst betydning er likevel fylkenes manglende prioritering av patologifaget.

I 1980 var det 43 utdanningsstillinger i patologi og i 1985 44 stillinger. Deretter ble 10 hjemler omgjort til faste overlestilling. Så sent som i 1994 var antall assistentlegehjemler lavere enn i 1980 som det fremgår av tabell 3.5.A. Av totalt 41 assistentlegehjemler i 1994 disponerte regionsykehusene 35 stillinger og sentralsykehusene 6.

Det er i dag 53 assistentlegestillinger i patologi (per 01.11.98) som er en økning på 12 stillinger i løpet av fire år. Antall utdanningsstillinger på sentralsykehusene er mer enn doblet (fra 6 til 14 hjemler) i løpet av fire år. 41 assistentlegestillinger er lokalisert på regionsykehusene (77%), to på Aker sykehus og de resterende 12 på sentral- og fylkesykehusene. Av 53 hjemler er 5 ubesatt. Fem av 12 sentral- og fylkessykehus hadde ikke utdanningsstillinger i patologi.

Det er i alt syv fordypningsstillinger hvorav Radiumhospitalet har fire stillinger, RiTø én stilling, Haukeland én stilling og RiT har én stilling (Helsetilsynets tall per 10.11.98.) Det er ønskelig med større andel fordypningsstillinger for et fag som bygger mye av sin virksomhet på tett samkvem mellom rutinearbeid og vitenskap.

I en undersøkelse som ble gjennomført i forbindelse med patologitjenestene i Helseregion 2 ble det vist til at utdanning av spesialistkandidater først og fremst rekrutterte til egen institusjon - i dette tilfelle til overlestilling på regionsykehusene. Det ble derfor for helseregion 2 foreslått at det kom til en vesentlig økning av assistentlegetallet på sentralsykehusene. Bare ved opprettelse av assistentlegestillinger på sentralsykehusene kunne en forvente en styrking av rekrutteringen som også kom sentralsykehusene til gode. Det ble derfor foreslått at hver sentralsykehusavdeling i patologi i Helseregion 2 skulle være bemannet med minimum seks overleger og to assistentleger.

Sammendrag av pkt 3.5.1

Det er en betydelig overvekt av utdanningsstillinger på regionsykehusene i forhold til sentralsykehusene (3,3:1). Bare litt over halvparten (7 av 12) av alle sentral- og fylkessykehus med patologi-avdeling har utdanningsstillinger og av 12 hjemler er 1/3 ubesatt. Det har vært en positiv utvikling de siste tre år med en økning fra 6 til 12 stillinger på sentralsykehusene. 13 % av alle assistentlegestillinger er fordypningsstillinger som er for lite for et fag som er så knyttet til forskning og metodeutvikling og som har et så vidt faglig kontrollspenn.

Tabell 3.5.A -Antall assistentlegestillinger i 1994 og per 11.11.98.

SYKEHUS	Antall stillinger 1994	Antall stillinger 1998	Ubesatte stillinger pr. nov. 1998
<i>Regionsykehuset i Tromsø (RiTø)</i>	5	7	0
<i>Regionsykehuset i Trondheim (RiT)</i>	4	6	2
<i>Haukeland sykehus, Bergen</i>	6	7	1
<i>Ullevål sykehus, Oslo</i>	6	6	0
<i>Radiumhospitalet (DNR), Oslo</i>	8	9	1
<i>Rikshospitalet, Oslo</i>	6	6	0
SUBTOTAL	35	41	4
<i>Nordland sentralsykehus, Bodø</i>	2	2	1
<i>Fylkessjukehuset i Molde</i>	0	0	-
<i>Sentralssjukehuset i M&R, Ålesund</i>	0	0	-
<i>Sentralsj. i Rogaland, Stavanger</i>	1	3	1
<i>Vest-Agder sentrals., Kr. sand</i>	0	0	-
<i>Telemark sentralsj., Skien</i>	0	1	0
<i>Vestfold sentrals., Tønsberg</i>	0	1	0
<i>Buskerud sentrals., Drammen</i>	1	2	0
<i>Lillehammer fylkessj., L.hammer</i>	0	1	0
<i>Sentrals. i Akershus, Lørenskog</i>	0	0	-
<i>Østfold Sentrals., Fredrikstad</i>	0	0	-
<i>Aker sykehus, Oslo</i>	2	2	0
SUBTOTAL	6	12	2
TOTAL	41	53	6

3.5.2 Fagets innhold og tjenestetid

Hovedutdannelsen i patologi tar minimum fire år og de fleste assistentlegestillinger gir mulighet for inntil 6 års ansettelsestid. Dette anser vi som et minimum for å kunne påta seg ansvar som overlege i patologi.

I en større spørreundersøkelse blant avdelingsoverleger i patologi på amerikanske "Community hospitals" i 1996 ble det spurt om hvilke kvalifikasjoner som var "essential", "useful" eller "unimportant" ved ansettelse av nye medarbeidere.

Ikke overraskende var kvalifikasjoner i histopatologi og frysesevalueringer ansett som de mest essensielle kvalifikasjoner og det var en generell oppfatning at man forventet at en nyutdannet patolog var i stand til å håndtere 90% av arbeidet på egen hånd med "high work output" og med "good judgement". Ellers er det verd å merke seg den høye andel av nødvendig og nyttig kvalifikasjon det er å beherske utførelse og vurdering av punksjonscytologi (92%) og rekvirering og vurdering av immunhistokjemiundersøkelser (95%).

Obduksjoner

Kompetanse i obduksjonsvirksomhet (tabell 3.5.B) ble ikke ansett som nødvendig i mer enn 65 % og må sees på bakgrunn av den synkende oppmerksomhet om obduksjonens betydning også i det amerikanske helsevesen. Det synkende obduksjonsantallet er en bekymring for spesialistutdanningen også i Norge. Ikke alle steder, regionsykehusene innbefattet, er det et tilstrekkelig antall obduksjoner som gjør det mulig å utdanne det antall spesialister som avdelingene teoretisk kan make, særlig ikke innenfor minimum fire års hovedutdanning. Flere sentralsykehusavdelinger har et særlig lavt obduksjonsantall. Obduksjonene er her betydelig nedprioritert i forhold til annen virksomhet. Dette har også blitt brukt som en innvending mot at flere sentralsykehusavdelinger i patologi skulle få full tellende tjeneste til spesialiteten patologi (4 år).

Det er rimelig å anta at dersom assistentlegeantallet øker på sentralsykehusene samtidig som overlegestaben stabiliseres og

styrkes med flere stillinger vil også obduksjonsantallet gå opp som følge av større legekapasitet og hvor kravet til spesialistgodkjenning med tilfredsstillende obduksjonstall vil være retningsgivende.

Vevsprøver

Den virksomhet som dekkes best i spesialistutdanningen ved de fleste patologiavdelinger er tilgangen til et tilstrekkelig variert materiale av vevsprøver. Innenfor de fleste av de organområder som beskrives i tabell 3.4.A i pkt 3.4.1 vil de fleste institusjoner kunne dekke dette. De relativt få organfelt som f.eks benmargsbiosier, nyrebiosier og nevropatologi kan kompenseres for med opphold ved andre institusjoner og ved kurs. Et fremtidig telepatologisk nettverk mellom flere patologiavdelinger vil også kunne redusere ulempen ved manglende prøvemateriale.

I kravet til spesialistgodkjenning inngår ikke et nærmere spesifisert antall av prøver fra ulike organområder. Det bør i fremtidige drøftinger av dette tema vurderes om ikke dette bør inngå i godkjenningsordningen.

Tabell 3.5.B -Nødvendig, nyttig og unødvendig kompetanse ved ansettelse av nye medarbeidere i patologi ved amerikanske "Community Hospitals".

Kvalifikasjoner	Nødv.	Nyttig	Unødv.
Histopatologi	100	0	0
Frysesevne	100	0	0
Makrodisseksjon	86	14	0
Gynekol. cyt.	81	19	0
Ikke-gynekol. cyt.	88	10	2
Obduksjon	65	33	2
Punksjonscytologi	60	32	8
Immunhistokjemi	49	46	5
Subspesialisering	10	77	13
Rettsmedisin	0	51	49
Molekylær patologi	12	33	55
Elektronmikroskopi	2	8	90

Kilde: Human Pathology 29: 211-214, 1998

Tabell 3.6.A -Antall overlegestillinger i patologi (avdelingsoverleger, overleger og overleger med bistilling; professor II og amanuensis II på universitetene) i 1994 og per 01.11.98. (Professor I og amanuensis I med overlege i bistilling er ikke inkludert. Tallene er basert på "Laboratoriemedisin i Norge", Statens helsetilsyn 8-94 og Årsrapport for Den norske patologforening, 1998).

SYKEHUS	Antall stillinger* 1994	Ubesatte stillinger 1994	Antall stillinger* 1998	Ubesatte stillinger 1998	Økning i antall stillinger 1994/98
Regionsykehus					
RiTø	7	1	8	0	+1
RiT	8	0	14	3	+6
Haukeland	5	0	11	0	+6
Ullevål	9	0	15	1	+6
Radiumhospitalet	11	1	17	1	+6
Rikshospitalet	7	1	8	3	+1
SUBTOTAL	47	3	73	8	+26
Sentral- og fylkessykehus					
Nordland sentralsykehus	4	0	4	0	0
Fylkessjukehuset i Molde	2	0	2	0	0
Sentralsjukehuset i M/R	2	1	2	1	0
Sentralsykehuset i Rogaland	7	3	7	1	0
Vest-Agder Sentralsykehus	3	0	5	0	+2
Telemark Sentralsjukehus	3	0	4	0	+1
Vestfold Sentralsykehus	3	0	4	0	+1
Buskerud Sentralsykehus	4	0	5	0	+1
Sentralsykehuset i Akershus	4	1	5	0	+1
Aker sykehus	3	1	3	0	0
Lillehammer fylkessjukehus	3	0	4	1	+1
Østfold sentralsykehus	4	1	4	0	0
SUBTOTAL	42	7	49	3	+7
TOTAL	89	10	122	11	+33

*) Inkluderer avdelingsoverlege og overleger med eller uten bistilling som professor

Celleprøver

I løpet av en spesialistutdanning skal en kandidat ha deltatt i den cytologiske virksomhet. Dette skjer ved de fleste avdelinger i sluttdelen av en spesialistutdanning - gjerne lagt til perioder på 6-12 mnd. hvor kandidaten får delta i ulike cytologiske aktiviteter. Ikke all patologiavdelinger har patolog med punksjons-cytologisk kompetanse som kan stå for veiledning av spesialistkandidater. Denne delen av utdanningen bør styrkes og kravet til punksjonscytologisk kompetanse bør gjøres obligatorisk.

Generelt

Ved alle nyttilsetninger i medisin inngår opplæring for å mestre de viktigste intellektuelle prosesser og manuelle ferdigheter. Slik er det også i patologi. Begynneropplæringen har ved mange institusjoner ikke alltid vært like god og ikke systematisk nok noe som skyldes manglende personressurser og en ikke alltid like bevisst oppfatning av den individuelle opplæringens betydning. Dette bør ved mange institusjoner bli bedre og mer bevisst. Helst bør den være dokumentert i form av skriftlig instruks og veiledning kombinert med en aktiv tutorvirksomhet.

En annen viktig side som det ikke har vært tradisjon og tid nok til å gjennomføre er

en mer klinisk orientert patologiutdanning. Interaksjonen med de kliniske avdelinger kunne som vi tidligere har pekt på vært bedre. Hospiteringsordninger ved kliniske avdelinger som omfatter deltagelse i endoskopirutiner og operasjoner samt kliniske visitter og polikliniske konsultasjoner burde inngå som en integrert del av spesialistutdanningen i patologi. Den deltagende virksomhet i punksjonscytologi har vært en styrke for faget og gitt større spillerom for patologikandidater med interesse for kliniske ferdigheter. Når sideutdannelsen eventuelt vil bli avskaffet er det rimelig at deler av tjenesten i patologi bør vektlegge de kliniske sider av faget. Hospiteringsordninger på relevante kliniske avdelinger bør inngå som en del av hovedutdannelsen. I en amerikansk undersøkelse referert til tidligere i dette kapitlet ble manglende klinisk kunnskap hos leger i laboratoriefag ansett som et viktig problem hvor det blant annet ble uttalt at;

“the biggest flaw in new graduates is the lack of clinical knowledge”.

Det ble påpekt at yngre patologer ikke godt nok forstod klinikernes behov og at de fleste utdanningsprogrammer ikke i stor nok grad bidro til å fremme kliniske perspektiver som gjorde kandidatene i stand til å fungere som rådgivere for de kliniske spesialiteter.

Den norske spesialistgodkjenningen er i dag basert på tjenestetid, tjenesteinnhold, prøvetall og uttalelse fra avdelingsoverlegen. Dette er en godkjenningsordning som er basert på en blanding av objektive og subjektive kriterier. Dette har vært en akseptert og en rimelig god ordning for et relativt lite land som Norge med oversiktlige kollegiale forhold. Det har gjennom mange år vært diskutert innføring av patologi eksamen, men så lenge legeforeningen ikke har vedtatt dette som et generelt prinsipp har spesialistkomiteene innenfor de forskjellige fagområder vegret seg for å innføre eksamen. Flere land i Europa utenom Skandinavia har spesialisteksamen i patologi. En godkjenningsordning innenfor EØS hvor eksamen vurderes å inngå er under vurdering. Institusjonene bør legge forholdene til rette for at en slik ordning kan gjennomføres med mulighet til mer systematisk faglig fordypning innenfor tjenesteplanene som det

også er lagt opp til i det nye avtaleverk i mellom YLF og arbeidsgiverorganisasjonene.

I den fremtidige patologitjeneste vil en større grad av subspecialisering være nødvendig. Det er viktig at denne allerede i grunnutdanningen i patologi kan formaliseres særlig innenfor visse områder som det allerede i dag er tradisjon for å utvikle (f.eks cytologi/nevropatologi). Det er nemlig et tankekors at ved gjennomføring av all generell utdanning fra videregående skoler til medisinerutdanningen og senere spesialistutdanningen så tar dette så vidt lang tid (gjennomsnittlig 8 år spesialistutdanning i patologi) at kandidatene er blitt nær 40 år før de har oppnådd overlegekompetanse. En videre påbygging med subspecialisering og eventuelt doktorgrad vil medføre at noen leger kun har 10-15 års aktiv tjeneste innenfor et spesialområde på en universitetsklinikk. Disse aspektene bør tas med ved revisjon av spesialistutdanningen i patologi. Behovet for forskningsbasert spesialkompetanse på regionsykehusene bør integreres i en fremtidig spesialistgodkjenning i patologifaget. Det er likevel viktig å være klar over at en formalisert subspecialisering som er offentlig godkjent (bortsett fra kirurgi og indremedisin) ikke er ønsket av helsemyndighetene.

3.6 Bemanning og rekruttering

3.6.1 Besatte og ubesatte stillinger

Bemanning og rekruttering i tillegg til prøvemengde har vært de to sentrale problemområder i norsk patologi gjennom de siste 25-30 år. Vi har i denne fremstillingen gjort en noe forenklet synliggjøring av bemanningssituasjonen ved i det vesentlige å konsentrere oss om de siste årene. Den siste store utredning i patologifaget ligger bare fire år tilbake (“Laboratoriemedisin i Norge”) og vi har derfor valgt å fremstille de endringer som er funnet sted ved å sammenligne data fra 1994 med tilsvarende oppgaver fra 1995. Vi har valgt kun å ta med overlegestillinger som er knyttet med hovedfunksjon til fylkeskommunalt eller statlig sykehus. Dette inkluderer rene overlegestillinger, men også overlegestillinger med bistilling på universitetet (professor II eller amanuensis II).

Det har vært tradisjon for at professor I-stillinger og prosektor/amanuensis I-stillinger med bistilling på sykehuset som overlege har deltatt i den diagnostiske rutine. Siden dette

forholdet varierer svært meget fra institusjon til institusjon har vi valgt ikke å inkludere denne stillingskategori i våre fremstillinger.

Med dette som utgangspunkt ser vi at det har vært en økning i antall overlegestillinger fra 1994 til 1998 på ialt 33 stillinger (tabell 3.6.A). Dette svarer til en økning på 37%. Hovedvekten har vært på regionsykehusene som fikk øket sitt stillingsantall med 26 stillinger på fire år. Denne økningen skjedde hovedsakelig på Haukeland sykehus, Ullevål sykehus, DNR og RiT.

På de øvrige 12 sykehus utenom regionsykehusene fikk seks sykehus økning av antall overlegestillinger. Totalt ble overlegestillingsantallet øket med 16,7 % på sentralsykehusene, mens stillingsantallet på regionsykehusene økte med 44,7 % i denne perioden. Av i alt 117 overlegestillinger står kun 11 ubesatte.

“Aase-utvalget” foreslo som snarlige tiltak og en minimumsløsning for å bedre situasjonen i norsk patologi opprettelse av 17 overlegehjemler. Tre år senere er 23 overlegestillinger blitt opprettet. I tillegg kommer 11 assistentlegestillinger.

Sammendrag av pkt. 3.6.1

I løpet av fire år er det opprettet 33 nye overlegestillinger i patologi. Det har vært en vesentlig forbedring av stillingssituasjonen på DNR (6), Ullevål (6), Haukeland (5) og RiT (4). På sentralsykehusene har stillingsøkningen gjennomsnittlig vært mindre (16,7%) enn på regionsykehusene (44,7%). Andel ubesatte overlegestillinger er gått noe ned fra 1994 (11,2%) til 1998 (9,0%).

3.6.2 Bemanningsnormer

Det er utarbeidet normer for årsverk for overleger og assistentleger som har vært brukt til å beregne kapasitet og behov for stillingshjemler. Disse normene kalles “Skjørten-normene” etter leder av utvalget (professor Fredrik Skjørten, Ullevål sykehus) som i sin tid beregnet tidsforbruk for vevs-, og celleundersøkelse og obduksjoner. Dette utvalget ble oppnevnt av helsedirektøren og avga sin innstilling i 1975. Normene er et middel til å beregne antall undersøkelser som en overlege og assistentlege kan forventes å

utføre i løpet av et år. Disse er i årenes løp modifisert som følge av arbeidstidsforkortelse og gjort mer detaljert som følge av utvikling av mer spesialiserte og tidkrevende undersøkelser.

Tilsvarende beregninger er gjort for spesialundersøkelser (nevropatologi, barneobduksjoner, elektronmikroskopiske undersøkelser, immunhistokjemi etc). Dette er undersøkelse som oftere utføres på regionsykehusene enn på sentralsykehusene.

I utredningen “Kapasitet, arbeidsbelastning og lønnsforhold” av 1996 er det foretatt en beregning av antall spesialistårsverk som er nødvendig for å dekke totalbehov for patologer her i landet. Vi har gjort en tilsvarende beregning basert på prøvetall for alle patologiavdelinger og laboratorier for 1997. Tallene inkluderer også

I retningslinjer angitt av kvalitetsutvalget for spesialiteten patologi (1995) er tidligere normtall modifisert som følge av endret arbeidstid og hvert av følgende prikkpunkter er ett spesialistårsverk:

- 350 obduksjoner
- 3.500 vevsundersøkelser på polikliniske pasienter
- 2.333 vevsundersøkesler på inneliggende pasienter
- 23.300 celleprøver fra livmorhalsen
- 5.600 celleprøver fra andre organer
- 933 punksjonscytologiske prøver inkludert taking og tolkning av prøvene

Ett spesialistårsverk er det én overlege eller to assistentleger forventes å utføre i ett år

alle undersøkelser på private patologi-laboratorier (Årsrapport for den norske patologforening 1997). Det mangler prøvetall for nevropatologiske undersøkelser. Disse er bare delvis inkorporert i totaltallene for den enkelte avdeling. De har en større belastningsnorm og ville derfor ha gitt et større utslag på antall spesialistårsverk enn det som fremkommer i tabell 3.6.B. Dette gjelder også for barneobduksjoner som har en større arbeidsbelastningsnorm enn voksenobduk-

Tabell 3.6.B -Antall spesialistårsverk relatert til undersøkelsestype og prøveantall (1997).

Prøvetype	Antall prøver, 1997	Spesialistårsverk
Sykehusobduksjoner	3630	10,4
Biopsier ¹⁾	336489	108,2
Immunundersøkelser ²⁾	22585	12,1
EM undersøkelser ³⁾	1892	4,1
Celleprøver, livmorhals	531528	22,8
Celleprøver, punksjon ⁴⁾	24380	14,3
Celleprøver, annet	47947	8,6
Administrasjon	0,4 årsverk per avdeling	7,2
Sum alle aktiviteter		187,7

¹⁾ 75% av biopsiene er vurdert som polikliniske og 25% fra inneliggende pasienter

²⁾ Bruk av >3 immunhistokjemiske markører ansees å forekomme i 50 % av tilfellene

³⁾ EM = Elektronmikroskopiske undersøkelser

⁴⁾ Punksjon av patolog; 8010 prøver

sjoner. Siden det ikke er differensiert på voksen- og barneobduksjon i tallene fra de enkelte patologiavdelinger er den reelle arbeidsbelastning større enn det som fremkommer i tabellen. Videre er det ikke gjort beregninger for spesielle undersøkelser som bare utføres på enkelte avdelinger. Dette gjelder molekylærpatologiske undersøkelser, billedanalyse (kvantitative målinger av celler og vev), væskestrømsmåling av celler til bestemmelse av DNA mengde i cellene og telepatologiske undersøkelser. Rettsmedisinske obduksjoner som rekvireres av politi er ikke inkludert i beregning av spesialistårsverk. De foretatte beregninger er således minimumstall for spesialistårsverk. De inkluderer alle region-sykehus, sentralsykehus og andre sykehus.

Beregning av behov for patologer i forhold til befolkningsstørrelse:

Norges befolkning : Antall spesialistårsverk
 = 4,2 millioner :187,7
 = 22 376 innbyggere per patolog

Med et relativt likt helsetilbud i alle deler av landet kan behovet for antall patologer beregnes i forhold til befolkningstall. Dette vil kunne ha tilnærmet lik gyldighet i alle fylker og regioner i landet.

Ved å sammenligne beregningene for 1995 med 1997 er det en økning på ca 6 spesialistårsverk hvert år. Vi har derfor valgt å anslå behovet for patologer ved år 2000 til 1 patolog per 21.000 innbyggere.

Man må vurdere sentralsykehus og regionsykehus forskjellig når det gjelder bemanning. Sentralsykehusene må først og fremst være innrettet på å kunne ta seg av fylkets behov for vanlige patologitjenester.

Regionsykehusene, som i tillegg til ordinær diagnostikk også skal utvikle spesialkompetanse og gi undervisning på viktige områder, må ha en bemanning som svarer til de problemer som er knyttet til deres særlige ansvarsområder som regionsykehus og universitetsklinikk. Vi ser for oss en fremtid hvor regionsykehusene i mindre grad opparbeider store volum på ordinære patologitjenester på bekostning av nødvendig kompetanseutvikling, og derfor i større grad tar hånd om spesialiserte undersøkelser basert på regionsykehusets pasientgrunnlag og det behov sentralsykehusene har for konsultasjonstjenester og kvalitetssikring av diagnoser. Dette vil være noe forskjellig for de forskjellige regionsykehus avhengig av antall patologiinstusjoner innen de enkelte regioner og regionsykehusenes funksjon også som sentralsykehus og lokalsykehus.

3.6.3 Pensjonering

Et viktig grunnlag for fremtidig beregning av patologer er alderssammensetningen av yrkesaktive patologer i dag. I tabell 3.6.D fremgår det beregning av antall patologer som pensjoneres ved oppnådd 65 års aldersgrense ved henholdsvis år 2000, 2005, 2010, 2015. Ca 60 % av alle stillingshjemler må erstattes i løpet av en 15 års periode frem til år 2015. Denne andelen er noe større på regionsykehusene (65%) enn på sentralsykehusene (54%). Vi må i tillegg til pensjonering også forvente avgang i stillinger av andre grunner (sykdom, flytting etc). På den annen side er det trolig at noen av overlegene vil forbli i sine stillinger frem til 67 og 70 år.

Tabell 3.6.C -Antall nye godkjente spesialister i patologi i Norge i perioden 1978-1997. Tallene inkluderer også patologer med spesialistgodkjenning fra utlandet.

Periode	Antall nye patologer	Gj.snitt per år i perioden
1978-81	21	5,3
1982-85	14	3,5
1986-89	18	4,5
1990-93	29	7,3
1994-97	26	8,6

3.6.4 Rekrutteringstiltak

Vi har tidligere vist til den rekrutteringskrise som faget har gjennomgått særlig i åttiårene og frem til midten av nittitallet. Denne negative tendensen synes å ha snudd seg. I dag meldes det om en bedring av rekrutteringen. Det er opprettet flere utdanningsstillinger (12 siden 1994) og andelen ubesatte stillinger er gått noe ned (16% i 1992 til 11% i 1998). Dessuten meldes det om flere søkere til ledige stillinger også på sentralsykehusene. Dette kan skyldes flere forhold. Patologforeningen har vært en sterk pådriver i å synliggjøre fagets vanskeligheter. Dette har vært rettet både mot helsepolitiske myndigheter og i media. Dette synes å ha hatt en virkning. Dessuten var flere patologiavdelinger tidlig ute og tilbød særlig gode lønnsvilkår i begynnelsen av nittitallet som rekrutteringsfremmende tiltak og andre avdelinger har fulgt etter. Lønnsavtaler som ble inngått i 1997 har gjennomgående vært gode også for patologifaget selv om det er tildels markerte forskjeller mellom avdelinger. Det er derfor et fortsatt behov for å påse en gunstig lønnsutvikling de nærmeste årene for å hindre at de vaktbærende kliniske fag ikke rykker fra med nye store lønnsforsprang.

I tabell 3.6.C ser vi det har vært en økning i antall godkjente spesialister i patologi de siste årene. Disse tallene er nokså flatterende da økningen ikke skyldes flere utdannede norske spesialister, men import av utenlandske patologer som har fått sin spesialistutdanning fra hjemlandet godkjent i Norge. Ingen norske leger ble godkjent som spesialist i patologi i 1997. Dette har tidligere aldri skjedd. Nedenstående tabell viser et beregnet antall leger som blir ferdig utdannede

Tabell 3.6.D -Antall patologer som når pensjonsalder (65 år) i perioden 2000-2005.

Sykehuskategori	Antall stillinger	Antall besatte stillinger	2000	2005	2010	2015	Antall patologer som går i pensjon innen 2015
Regionsykehus	73	65	4	9	13	14	40
Sentralsykehus	49	46	2	6	10	9	27
Total	122	111	6	15	23	23	67

spesialister i patologi i perioden 1998 til 2002 etter innhentede opplysninger fra alle landets avdelingsoverleger i patologi. Det kan maksimal forventes en produksjon av 38 nye spesialister i løpet av denne femårsperiode. Dette svarer til mellom 7 og 8 nye spesialister per år. Regionsykehusene vil stå for 87% av alle spesialistkandidatene i denne perioden. Dette anslaget på 38 spesialister er et svært optimistisk anslag. Vi vet fra tidligere undersøkelser at den gjennomsnittlige utdannelsesetid for norske spesialistkandidater i patologi er lengre enn den stipulerte tid på 4+1år. I en undersøkelse av 10 spesialistkandidater ved Radiumhospitalet og Rikshospitalet som fikk godkjent sinespialistutdanning i perioden 1992 til 1997 var den gjennomsnittlige utdanningstiden 8,4 år. Årsaken ble antatt å være svangerskaps- og forskningspermisjoner. I tillegg til lang utdanningstid må vi også forvente et frafall av spesialistkandidater som går til annen virksomhet. Selv om flere viktige forhold synes å ha bedret arbeidssituasjonen (flere stillinger, bedre lønn) for assistentleger er det lite trolig at mer enn 50% av de 38 kandidatene vil ha oppnådd spesialistgodkjenning innen år 2002. Dette vil bety at i stedet for 8 godkjente spesialister vil det gjennomsnittlige antall spesialister i patologi hvert år være rundt 4 i den neste 5 års perioden. Dette vil bety at rekrutteringen neppe vil dekke for mer enn antallet patologer som går i pensjon. Rekrutteringen slik den er i dag vil ikke kunne dekke behovet for nye opprettede overlegestillinger. Det er derfor viktig å beholde så mange som mulig under utdanning ved nødvendige stimuleringstiltak samtidig som det er viktig å få så mange kandidater som mulig raskt igjennom utdanningen. Det siste kan være mer

problematisk da behov for svangerskapspermisjoner og behov for forskningskompetanse til universitetsstillinger på regionsykehusene vil interferere med normert utdanningstid.

Sammendrag pkt 3.6.4

Det synes å være en bedring i rekruttering til patologifaget som observeres ved opprettelse av flere utdanningsstillinger (12 siden 1994), færre ubesatt assistentlegetillinger (fall fra 16% til 9% i perioden 1992 til 1998), og rapportering av flere søkere til ledige stillinger. Dette skyldes hovedsakelig en bedring i økonomiske lønnsforhold for assistentlegene, opprettelse av flere stillinger og en større bevisstgjøring i rekruttering av leger til patologifaget. Likevel, i løpet av den neste 5-års perioden er det mest realistisk å forvente en årlig tilvekst av patologer utdannet ved norske avdelinger på kun ca. 4 spesialister. Dette vil kun dekke årlig avgang av patologer som har oppnådd pensjonsalder, men vil ikke kunne dekke behovet som oppstår ved opprettelse av flere overlege-stillinger.

3.6.5 Utenlandske patologer

Det har fra mange hold vært foreslått økt rekruttering av utenlandske patologer til norske patologiavdelinger som følge av manglende rekruttering av norske spesialister. Flere av dagens fast ansatte overleger i patologi er utenlandske statsborgere som har sin spesialistutdannelse fra hjemlandet. Dette

Tabell 3.6.E -Antall spesialistkandidater som idag er under utdanning og som teoretisk kan bli ferdig utdannet i perioden 1998-2004.

Sykehus	Antall assistentlegetillinger	1998	1999	2000	2001	2002	Totalt antall assistent leger som kan bli utdannet
Regionsykehus	41	0	8	9	8	8	33
Sentralsykehus	12	1	2	1	1	0	5
Total	53	1	10	10	9	8	38

Tabell 3.6.F -Antall overleger med utenlandsk spesialisteksamen (1998).

Sykehus	Besatte overlegetillinger	Overleger med utenlandsk spesialistutdanning	Andel spesialister med utenlandsk spesialistutdanning
Regionsykehus	57	14	24,6 %
Sentralsykehus	47	12	25,5 %
Totalt	104	26	25,0 %

gjelder i alt 26 overleger. Regionsykehusene og sentralsykehusene har 25% av alle overlegetillinger besatt med patologer med utenlands spesialisteksamen som i praksis også betyr at de i utgangspunktet må betraktes som fremmedspråklig. Norden utgjør halvparten av alle utlendinger. De ulike land er representert med henholdsvis; Sverige 6, Danmark 4, Polen 5, Island 2, England 2, Tyskland 2, Finland 1, Iran 1, India 1, Ukraina 1, USA 1.

Et så høyt antall patologer med utenlandsk spesialistutdanning tyder på at Norge ikke i tilstrekkelig grad har tatt ansvar for å utdanne sine egne spesialister. Dette understreker igjen den mangel på ansvar som sykehuseierne i en lengre periode har hatt når det gjelder nødvendig oppmerksomhet og vilje til handling for å utvikle faget patologi. På den annen side er det av stor betydning at det norske patologimiljøet er tilført et mangfold av faglig og kulturell kompetanse som utenlandske patologer har brakt med seg. Noen har særskilte kvalifikasjoner som det ikke er like alminnelig at norske patologer innehar.

Selv om det har vært en bedring av lønnsnivået for patologer i Norge i løpet av det siste året er lønningene ikke høyere enn det en finner i andre nordiske og vesteuropeiske land og dette kombinert med det relativt høye prisnivået i Norge, er trolig en del av forklaringen på hvorfor det er så få søkere fra EU-land utenom Norden.

Språkkunnskaper er også i patologifaget svært nødvendig å beherske. Alle vurderinger og diagnoser blir meddelt i skriftlig form til rekvirentene. Det vil derfor alltid bli en ekstrabelasting på andre kolleger ved avdelingen, kontorpersonalet og annet støttepersonell ved nyansettelser av fremmedspråklige leger når språkkunnskapene ikke strekker til. Avdelingens tjenester overfor sine rekvirenter vil også bli påvirket ved bruk av

fremmedspråklige patologer og kommunikasjonsproblemer kan lett oppstå i kontakt med kolleger i de kliniske fag. Dette kan i verste fall få alvorlige konsekvenser da feilformulering i et diagnosesvar kan medføre feilbehandling for pasienten. Selv om den språklige tilpasning til norske forhold er svært individuell er det eksempler på utenlandske leger som bruker svært lang tid til å adaptere en norsk språkfølelse som er tilfredsstillende for utøvelse av patologifaget. I noen tilfeller brukes engelsk som en nødløsning.

Manglende språkferdigheter synes av forståelige grunner å være størst problem for kontorpersonale og ble angitt som et lite problem for andre kolleger på avdelingen i vår spørreundersøkelse. På spørsmål om assistentlegene følte det som et problem å bli supervisert av fremmedspråklige patologer var det 2 avdelinger hvor dette ble angitt som et problem og 7 som ikke synes dette var et problem.

På spørsmål om hvorvidt avdelingsoverlegen i valget mellom ansettelse av nyutdannet norsk patolog fremfor en erfaren fremmedspråklig patolog svarte 9 av 17 at de ville ansette nyutdannet norsk patolog og 6 at de ville foretrekke erfaren utenlandsk patolog. Èn var usikker og èn svarte ikke på spørsmålet. Hensynet til større grad av stabilitet og språkferdigheter var mest avgjørende for flertallet. Det ble likevel påpekt at gode utenlandske patologer kunne være en styrke for fagmiljøene og i noen tilfeller ville det kun være aktuelt å ansette høyt kvalifiserte utenlandske patologer da spesialkompetanse på enkelteområder ikke var tilgjengelig i Norge (f.eks molekylærpatologi).

I en nylig gjennomført undersøkelse blant avdelingsoverleger på patologiavdelinger i USA ble betydningen av god kommunikasjon

ansett som et viktig forhold ved ansettelse av nye medarbeidere. Her heter det at;

“People skill, communication skills, fluency in English, and maturity were all repeatedly mentioned as high priorities.....A person without these medical staff skills would not be considered.The best diagnosis is of no value if it is not communicated well” (Human Pathology 29:212, 1998).

Det største problemet med tilsetning av utenlandske patologer er for gruppen leger som kommer utenfor EØS-området. Dette gjelder fortrinnsvis patologer med spesialistutdanning fra øst-Europa som tidligere måtte gjennom en rigid og langtrukket godkjenningsordning før de kunne praktisere patologifaget. Vi ser helt klart behovet for opplæring i norsk språk og norsk fagterminologi i tillegg til gjennomføring av tilleggskurset for utenlandsmedisinere. Men behovet for norsk turnustjeneste er et krav som

ikke synes like relevant for spesialister i patologi når etterspørselen etter deres spesialistkompetanse er så stor som den er. En forenklet godkjenningsordning med begrenset legelicens til kun å gjelde patologi er det som vil tjene faget. Regelverket åpner nå for en slik mulighet.

Sammendrag pkt 3.6.5

Hver fjerde overlege i patologi i Norge har sin spesialistutdanning fra utlandet. Erfaringene med utenlandske patologer er gode. Selv om det finnes eksempler på tilpasningsvansker og språkproblemer synes kvaliteten på det faglige arbeid å være tilfredsstillende. I mangel av norske spesialister vil ansettelse av utenlandske patologer være en god løsning ved de fleste patologiavdelinger. Tilfredsstillende språkferdigheter og faglige kvalifikasjoner er imidlertid en helt nødvendig forutsetning.



4 Forslag til løsninger

4.1 Bruk av patologisk-anatomiske tjenester

Vi har i kapittel 3.4 drøftet den logistiske bruk av patologisk-anatomiske tjenester i det norske helsevesen. Dette faller innenfor tre store hovedområder:

- *Utredning av sykdom før og under behandling*
- *Kvalitetskontroll av diagnostikk og behandling*
- *Befolkningsundersøkelser for å påvise sykdom eller risiko for (kreft)sykdom*

4.1.1 Interaksjon med brukerne av patologi-tjenester

Det er gode muligheter for forbedringer i bruken av patologi-tjenester, men dette må utvikles i gjensidig forståelse mellom rekvirent og patologiavdeling. Til dette kreves tid og derfor henger manglende interaksjon mellom patolog og kliniker nøye sammen med kroniske kapasitetsproblemer som har eksistert på patologiavdelingene gjennom mange år.

Det forventes en videre økning i antall vevsprøver og bruk av spesialundersøkelser som vi har gjort rede for i kapittel 2.8. Dette henger særlig sammen med den økte insidens og prevalens av krefttilfeller. Flere nye krefttilfeller og flere pasienter som lever med kreft vil forandre større behov for patologi-tjenester i fremtiden enn i dag. Til dette kreves i tillegg til økte personressurser en kompetanseheving i alle ledd for å møte fremtidens krav. Når det gjelder spesifikke tiltak er det visse forhold som kan styrkes for å øke den gjensidige forståelse og nytten i bruk av patologi-tjenester.

- Utarbeidelse av en veiledning i bruk av patologisk-anatomiske undersøkelser for allmennpraktiserende leger og sykehusleger som synliggjør metoderepertoar, nytten og anvendelsen av ulike undersøkelser i patologi.
- Etablere kontaktmøter og kurs for allmennpraktiserende leger og spesialister utenfor sykehusene.
- Styrke møtevirksomheten med de kliniske avdelinger. Patologene bør delta på pre-

diagnostiske møter med klinikerne for rådgiving i valg av undersøkelsesmetoder.

- Øke den kliniske kompetansen blant patologer ved bl.a. å la leger under utdanning i patologi hospitere på relevante kliniske avdelinger.

Alle positive tiltak, (bl.a. moderne informasjonsteknologi med egne web-sider) som kan gi viktige synergivirkninger mellom brukerne og utøvere av patologi-tjenester bør styrkes i den fremtidige patologi-tjeneste.

4.1.2 Behov for patologi-kompetanse ved befolkningsundersøkelser

Når "screening" på livmorhalskreft og dens forstadier nå er nasjonalt organisert i alle fylker kan bruken av celleprøver reguleres i takt med ny kunnskap om sykdommens epidemiologi og effekt av andre tiltak (f.eks. virusotyping og fremtidig vaksinasjon mot HPV virus). Dette kan sikre en adekvat bruk av denne helsetjenesten i kreftforebygging. Tilsvarende er det for bruk av punksjons-cytologi i "screening" for brystkreft. En organisert diagnostikk reduserer bruk av uorganisert "screening" og gjør virksomheten innenfor alle diagnostiske ledd (klinisk undersøkelse, mammografi og cytologi/histologi) mer rasjonell og pålitelig. I denne sammenheng er det svært viktig at cytologisk kompetanse eksisterer på patologiavdelingene. Det er derfor viktig at det utdannes tilstrekkelig antall "cytologi-screener" i tråd med den videreutdanning som er etablert ved bioingeniørhøgskolen i Trondheim. Det er likeledes viktig at det utdannes patologer med spesialkompetanse i cytologi. Det bør være et krav at alle patologiavdelinger har ansatt patolog med kompetanse til å dekke alle sider av cytologivirksomheten, herunder egen punksjonscytologi. Dette er særlig nødvendig ved etablering av nasjonal brystkreftundersøkelse i alle fylker.

De personbesparende effekter som kan oppnås ved bruk av automatisert "screening" er det enda for tidlig å ha noen sterk formening om. I beste fall kan en med dagens maskiner oppnå en personressursbesparelse på ca 25%, men kostnadene er enda for store til at dette vil være regningssvarende i forhold til bruk av "manuell screening". En forsøksvirksomhet

med automatisert "screening" bør etableres på de store patologiavdelingene for å skaffe seg tilstrekkelig erfaring med denne type teknologi.

4.1.3 Obduksjoner

Obduksjoner er et typisk eksempel på "kvalitetskontroll av diagnostikk og behandling". Dette er et område som er redusert i omfang og i klinisk oppmerksomhet de siste 20 år. I perioder med knapphet på personressurser har patologiavdelingene vært nødt til å redusere denne virksomheten til fordel for annen diagnostikk.

Reduksjon i obduksjonsfrekvensen er i hovedsak knyttet til mangel på patologer kombinert med en betydelig faglig ekspansjon innenfor andre områder av patologien. En styrking av obduksjonsvirksomheten må nødvendigvis medføre opprettelse av flere patologstillinger som det viktigste tiltak. Derneft må det inngå andre tiltak:

Regionsykehusene bør oppnå en minimum obduksjonsfrekvens på 50% for å kunne tilfredsstille generelle kvalitetskontrolltiltak av diagnostikk og behandling i sykehuset og danne et tilstrekkelig variert grunnlag for undervisning av medisinske studenter og utdanning av patologer. Obduksjonene må inngå i sykehusenes kvalitetskontrollvirksomhet og gjøres til gjenstand for kontinuerlig evaluering. Svartiden må ikke overstige 4 uker for ordinære obduksjoner og ikke 8 uker for spesielle obduksjoner (som inkluderer nevrologisk granskning, mikrobiologisk undersøkelse og andre spesialundersøkelser). Dette for at obduksjonsresultater må komme så raskt som mulig tilbake til rekvirerende lege som i mange tilfeller har avtaler om å informere pårørende og foreldre (ved barneobduksjoner og dødfødt- og abortundersøkelser). Derneft bør hver patologiavdeling på regionsykehusene ha en overlege som har et delegert ansvar for denne tjenesten for å påse at overordnede krav følges og at tilstrekkelige ressurser og kvalitet legges i oppdragene.

Sentralsykehusene må i forbindelse med opprettelse av assistentlegestillinger utføre flere obduksjoner for at kandidatene skal kunne oppnå et tilstrekkelig antall i sin spesialistutdanning.

Det er dessuten viktig at det foreslåtte obduksjonsregister som en del av dødsårsaksregisteret i Statistisk Sentralbyrå blir formelt

godkjent med nødvendig konsesjon gitt av Datatilsynet og kan brukes av alle deltagende patologiavdelinger. Dette vil kunne fremme betydningen av obduksjon som et viktig kvalitetssikringsinstrument i all dødsårsaksstatistikk og danne utgangspunkt for forskning innen ulike deler av medisinsk virksomhet.

4.1.4 Bruk av private laboratorier

Private laboratorier er i dag et nødvendig supplement til offentlige avdelinger. Behovet for disse laboratoriene (3 stk.) i fremtiden er usikker. Dersom det offentlige ikke makter å styrke egne institusjoner vil dette kunne øke behovet for privat virksomhet. Vedtak om konkurranseutsettelse av patologi-tjenester og andre finansielle tiltak (f.eks. takster) vil også kunne påvirke en slik utvikling.

Komiteén vil foreslå følgende naturlige oppgaver for private laboratorier:

- Ta seg av store mengder livmorhalsprøver.
- Ta seg av histologisk materiale basert på småkirurgiske preparater og biopsier.
- Være et laboratorium fortrinnsvis rettet mot primærhelsetjenesten.
- Betjene sykehus som ikke har lokal patologiavdeling eller avtale med fylkets egen patologiavdeling eller statens sykehus.
- Avhjelpe offentlige patologiavdelinger ved lengre vakanse i stillinger.

Det er nødvendig at det stilles krav til private laboratoriers virksomhet:

- De private patologilaboratorier må være av en viss størrelse.
- De må i større grad enn i dag ha heltidsansatte patologer.
- Driften må tilfredsstille morgendagens krav til akkreditering og kvalitetssikring
- De private laboratorier bør påta seg utdanning av spesialister i patologi ved opprettelse av utdanningsstillinger som innenfor en tidsbegrenset periode er tellende til spesialiteten patologi, f.eks. 1-2 år.
- Det er ønskelig at private laboratorier etablerer IT-løsninger som inngår i nettverk med offentlige avdelinger.

Sammenfatning av punkt 4.1

Det lave antall sykehusobduksjoner (<10% av alle døde) er meget bekymringsfullt og en styrking av denne funksjonen er nødvendig. Vi vil foreslå at obduksjonsfrekvensen på regionsykehusene er minst 50% for å ivareta viktige kvalitetskontrolltiltak i diagnostikk og behandling og for å styrke påliteligheten i landets dødsårsakstatistikk. Dette vil kreve ressurser og en mer bevisst organisering og oppmerksomhet om obduksjon i alle faglige og administrative ledd i et sykehus. Med et økende antall overlege- og assistentlegestillinger på sentralsykehusene vil muligheten til å øke obduksjonsantallet (fra 20 til 50%) også være tilstede her. Vi vil sterkt anbefale en påskyndelse til å realisere et obduksjonsregister innenfor dødsårsaksregisteret ved Statistisk Sentralbyrå slik det tidligere er blitt foreslått av en komite nedsatt av Den norske Patologforening.

En styrking av den faglige interaksjon mellom rekvirentene og patologene er nødvendig for å optimalisere bruk av patologisk-anatomiske tjenester. Dette gjelder både over- og underforbruk. Dette kan først og fremst oppnås ved en tilfredsstillende bemanning av patologiavdelingene og ved utarbeidelse av regionale og nasjonale handlingsplaner for diagnostikk og behandling av spesielle sykdommer, særlig kreftsykdommer.

4.2 Arbeidsfordeling og kompetanseutvikling for støttepersonale

4.2.1 Etter- og videreutdanning

Grunnutdanningen i patologi for bioingeniører er relativt begrenset i forhold til de teoretiske og praktiske kvalifikasjoner som forventes av en "histotekniker" og "cytotekniker" på en patologiavdeling som vi har gjort rede for i pkt. 3.1.1. Skal en kompetanseheving innenfor etablerte teknikker og utvikling av nye undersøkelsesmetoder finne sted på patologiavdelingene er etter- og videreutdanning nødvendig. Alternativt vil ansettelse av personell med annen utdanningsbakgrunn (sivilingeniører/realister/biologer) være et konkurrerende og/eller supplerende tiltak for å dekke de mest kompetansekrevede

oppgaver (f.eks genteknologi, flowcytometri, billeddiagnostikk etc).

En organisert videreutdanning er vel etablert for cytoteknikerne og tilsvarende tiltak er i sin begynnelse også for histoteknikerne, men det vil ta mange år før de fleste patologiavdelinger er bemannet med bioingeniører som har en adekvat utdanningsmessig påbygning i histologi og relaterte emner (elektronmikroskopi, histo- og enzymhistokjemi, immunhistokjemi, in situ hybridisering, digital billedanalyse etc). Komiteen vil derfor gå inn for tiltak som bidrar til en videreutdanning for bioingeniører i histologi og relaterte emner, fortrinnsvis i regi av bioingeniørhøyskolene i de enkelte helseregioner i samarbeid med patologiavdelingene ved regionsykehusene.

Obduksjonspreparantene har i dag ingen formell grunnutdanning. Det burde være naturlig at samfunnet stillte formaliserte krav til støttepersonale som skal bistå i en så viktig og omfattende undersøkelse ved livets slutt. Etablering av grunnkurs i de viktigste og mest relevante medisinske emner for obduksjonspreparanter vil være et nødvendig tiltak. Avdelingene bør i tillegg til en teoretisk og praktisk skoleing av eksisterende personale, prøve å rekruttere fra andre helseprofesjoner (bioingeniører/ sykepleiere) ved nytilsetning i ledige stillinger ved obduksjonsavdelingene.

Tilsvarende vil en styrking av kontorfunksjonene være nødvendig. Patologi er et fag med mange spesielle ord og uttrykk som ikke naturlig forekommer i den mer direkte pasientorienterte medisin. Mål og mening med patologisk-anatomisk virksomhet kan være vanskelig å forstå for de fleste med eller uten legesekretærutdanning når de kommer som nytilsatt ved en patologiavdeling. Det er derfor viktig at kontorpersonele ved patologiavdelinger blir gjort kjent med avdelingens overordnede mål og interne organisering i tillegg til et godt kjennskap til ord og uttrykk som brukes i faget. Dette kan bli bedre ved de fleste avdelinger og kan oppnås ved en mer bevisst organisert internopplæring gjerne i samarbeid med sekretærskoler.

I tillegg til formalisert opplæring og videreutdanningstiltak i samarbeid med relevante skoler vil en styrking av kvalitets-sikringsstrategier på de enkelte avdelinger være et viktig bidrag til å øke den totale kvalitet og kompetanse i en avdeling. Kvalitetssikring som omhandler alle personell-

grupper har vist seg å bidra til den beste kvalitetsutvikling i en avdeling.

4.2.2 Arbeidsfordeling

Dette punktet har vært inngående drøftet i kap. 3.1. Vi har her kunnet vise til en relativ stabil og forutsigbar arbeidsfordeling mellom de ulike personellgrupper. Det området innenfor faget som har vist størst tendens til endring i oppgavefordeling mellom de ulike personalgrupper er den makroskopiske vurdering og beskjæring av små og store operasjonspreparater. Dette er tradisjonelt en legeoppgave som på sentralsykehus uten rekrutteringsstillinger tas hånd om av overlegene, mens assistentlegene er de som i hovedsak utfører denne virksomheten på regionsykehusene og på større sentralsykehus. Kombinasjonen av rekrutteringsvansker av assistentleger og en stadig økende prøvemengde har bidratt til at bioingeniører i større grad har deltatt i den makroskopiske bearbeidelse av mindre og enklere preparater. Dette er også en internasjonal utvikling.

Komiteen ser en effektivisering av legetjenesten ved å overlate håndtering av egnet biopsimateriale og mindre og enklere operasjonspreparater til preparanter og bioingeniører dersom tilstrekkelig opplæring og kontinuerlig veiledning blir gitt. Bearbeidelse av større og mer kompliserte operasjonspreparater har derimot bioingeniørene ikke tilstrekkelig forkunnskaper for å kunne mestre. Det forutsetter en grundig opplæring i makroskopisk anatomi og patologi og kjennskap til mikroskopisk anatomi. Dersom denne delen skal inngå i en fremtidig arbeidsoppgave for bioingeniørene må dette formaliseres i en fremtidig videreutdanning. En kombinasjon med digital billedokumentasjon av operasjonspreparater kan sikre tilstrekkelig kvalitet i det makroskopiske arbeidet ved endring i oppgavefordeling mellom leger og bioingeniører. Det er likevel svært viktig at denne delen av arbeidet inngår i den diagnostiske del av patologens arbeid og forblir dennes ansvarsområde og at den endelige diagnose er en syntese av de makro- og mikroskopiske funn. Likeledes er det viktig at tilstrekkelig opplæring og deltagelse i det makroskopiske arbeidet forblir en viktig del av assistentlegenes arbeidsoppgaver også i fremtiden for å sikre en tilfredsstillende opplæring i patologi.

Det er fra ulike hold blitt hevdet at bioingeniører bør kunne utøve mikroskopisk sortering av histologiske preparater på lik linje med cytoteknikerne i "screening" av celleprøver. Komiteen vil etter en grundig vurdering av dette punktet ikke anbefale en slik utvikling. Grunnene er bl.a. som følger:

- Screening av celleprøver fra livmorhals er mikroskopisk undersøkelse av normale celler i 90% av pasienttilfellene, mens histologiske prøver utgjør i mer enn 90 % undersøkelse av sykt vev.
- En ressurskrevende utdanning av bioingeniører i histologisk gransking av snitt vil kunne svekke kapasiteten på nødvendig bioingeniørarbeid.
- Den kapasitetsmessige gevinsten ved overføring av denne type legearbeid til bioingeniører vil være svært liten (f.eks. hudsvulster, utskrapsmateriale, tarmbiopsier etc.) med sannsynlig mye ettergransking og dobbeltarbeid som i verste fall kan gi en total økning i arbeidsbelastning for en avdeling.
- Overføring av arbeidsoppgaver fra leger til bioingeniører vil kunne svekke kvaliteten på utdanningen av patologer og på sikt også svekke fagets totale kvaliteter.
- Alternative løsninger for å dekke samfunnets nåværende og fremtidige behov for patologitjenester vil etter våre vurderinger være både billigere og kvalitativt bedre. Dette vil innbefatte en økt utdanning av patologer (kombinert med rekruttering av utenlandske patologer).
- Komiteen har ikke funnet nasjonal eller internasjonal dokumentasjon på mikroskopisk vevsdiagnostikk utført av bioingeniører, heller ikke innenfor privat virksomhet.

Komiteen vil derimot anbefale en sterkere interaksjon mellom leger og bioingeniører for å bedre kvaliteten og øke effektiviteten på patologisk-anatomiske tjenester. Vi ser for oss følgende områder som svært viktige og aktuelle for å forbedre kvaliteten på histologiarbeidet:

- Bedre kvalitetskontroll (snitt/farving) av eget arbeid

- Erverve bedre teoretisk og praktisk kunnskap om celle- og vevspreparering
- Gjøre seg bedre innforstått med tolkning av medisinsk informasjon
- Bidra til å frembringe relevant informasjon (snitt og remisser) særlig ved kontrollprøver
- Bidra til å etablere celle- og vevsbank av ufiksert materiale

Sammenfatning av forslag pkt 4.2

Det bør formaliseres et organisert utdanningsstilbud til obduksjonspreparanter.

Videreutdanning for bioingeniører i cytologi er etablert, men patologi-institusjonene må få midler slik at tilfredsstillende rekruttering og bemanning opprettholdes ikke minst for at viktige nasjonale "screenings"-programmer (livmorhals- og brystkreft) skal kunne gjennomføres.

Organisert videreutdanning må komme sterkere igang også innenfor histologi og relaterte områder. Dette vil bidra til en bedre teknisk kvalitet på vevsundersøkelser.

En styrking av kontortjenestene med høyning av status og en bedre institusjonsopplæring kombinert med innføring av moderne IT-funksjoner vil bidra til en kvalitativt bedre og på sikt mer effektiv patologitjeneste.

Arbeidsfordelingen mellom de ulike personellgrupper i patologi er stabil og meget forutsigbar, nasjonalt og internasjonalt. Komiteen ser ingen fordeler i å foreslå drastiske endringer i arbeidsfordeling mellom leger og det tekniske personale som tiltak for å redusere bemanningsproblemene i patologi. Institusjonene har de nødvendige forutsetninger som skal til for å vurdere mindre endringer og justeringer i arbeidsfordeling lokalt. Komiteen ser derimot en rekke interaksjoner mellom leger og bioingeniører som kan styrkes og som vil kunne heve kvaliteten og øke effektiviteten på patologitjenester.

4.3 Rekruttering og spesialistutdanning

Det er tegn som tyder på en bedring i rekruttering av assistentleger til patologi. Det

er færre ubesatte stillinger i 1997 (12%) enn i 1992 (16%) samtidig som det har vært en økning av stillingsantallet på 11 nye stillingshjemler (1994-1997). I tillegg er det udokumenterte opplysninger som angir en større stabilitet og mindre gjennomtrekk i stillinger i dag enn tidligere på nittitallet og det er flere søkere til ledige stillinger. Dette henger trolig sammen med en bedring av lønnsmessige forhold for assistentlegene. Denne utviklingen er imidlertid ikke særlig betryggende da den kun er observert innenfor en meget kort periode (1-3 år) og kan raskt endre seg.

Innen 2015 vil det være behov for å erstatte 67 overleger som går i pensjon. Dette vil bety et gjennomsnittlig behov for en årlig utdanning av ca 5 patologer. Vi har på bakgrunn av tidligere utdanningsmønster anslått den reelle utdannelsen av patologer å ligge på ca. 4 per år i perioden like etter årtusenskiftet slik beregningene fremkommer i kapittel 3.6.3. Dette betyr at utdanningen ikke er stor nok til å erstatte antall overleger som går i pensjon. Får vi en stabil assistentlegerekruttering hvor arbeidsforhold og lønn bidrar positivt til dette, vil situasjonen kunne se bedre ut enn den vi i dag beskriver. I motsatt fall vil situasjonen se meget dystert ut.

For å øke utdanningen av patologer vil komiteen anbefale en videre utbygging av spesialistutdanningen på sentralsykehusene. Forutsetningene er at det er en tilfredsstillende bemanning av overleger som gjør det mulig å forestå utdanning av spesialistkandidater. I Helseregion 2 som har de fleste sentralsykehus med patologiavdeling er det foreslått at hver patologiavdeling skal ha en bemanning på minst seks overleger og to assistentleger. Komiteen vil slutte seg til et slikt forslag som en generell anbefaling. Samtidig bør det opprettes flere fordypningsstillinger i patologi. I vår oversikt er det kun 7 assistentlege-II-stillinger med fordypning i patologi. Det anbefales at hvert regionsykehus har minst 2 slike stillinger i tillegg til det antall stillingshjemler som eksisterer av ordinære utdanningsstillinger. Dette er nødvendig dersom faglig fordypning, metodeutvikling og forskning skal kunne være en naturlig del av fagets grunnlag og virksomhet.

Det er fra de kliniske miljøer et ønske om at det er tilgjengelige stillinger for leger som ønsker sideutdanning i patologi. Det har

vært en tradisjon særlig for kirurger å ta hele eller deler av sideutdannelsen på en patologisk-anatomisk avdeling. Med den underbemanning som eksisterer vil vi imidlertid ikke kunne anbefale at utdanningsstillinger blir foretrukket for leger med behov for sideutdanning. Assistentlegetillinger bør forbeholdes leger med ønske om spesialistutdanning i patologi i den nåværende situasjon.

Komiteen ser for seg at en økende internasjonalisering trolig vil medføre at det innføres spesialisteksamen i patologi en gang i fremtiden. Utdanningsinstitusjonene i samarbeid med spesialitetskomiteene bør forberede en slik utvikling. Dette vil ha betydning for organisering av assistentlegetjenesten og den tid som må avsettes til faglig fordypning. Dersom kravet til sideutdanning bortfaller bør tjenestetiden forbli fem år hvor alle årene inngår i hovedutdannelsen. Faget har et meget vidt spenn og omfatter oppgaveløsninger for alle kliniske spesialiteter. Det er derfor viktig at det ikke skjer en beskjæring av den totale utdanningstiden dersom krav om sideutdanning bortfaller.

Vi har tidligere i denne rapporten etterlyst en bedre klinisk innsikt for patologer for å stå bedre rustet til å gi klinisk veiledning. Det bør derfor inngå i utdanningen en mer organisert klinisk rettet virksomhet som gir mulighet for deltagelse i kliniske aktiviteter som har direkte relevans for utføringen av patologifaget. Dette er nærmere omtalt i kap. 3.5.2.

Ved opprettelse av assistentlegetillinger ved sentralsykehusene må disse institusjonene få en godkjenning som utdanningsinstitusjon for av minimum 3 av 4 (eller 4 av 5) år. Dette er nødvendig for å oppnå at leger søker seg utdanning på et slikt sted. Dersom godkjent tjenestetid på sentralsykehusene blir for kort (< 3 år) vil søkergrunnlaget reduseres. Den tradisjonelle gruppeføring av utdanningsinstitusjoner er ikke lenger gjeldende. Dette er også i overensstemmelse med komiteens syn.

I en endring av utdanningsmønsteret i patologi ved en større deltagelse av sentralsykehusene bør interaksjonen med regionsykehusene bli mer formalisert. Dette gjelder deltakelse for assistentleger i spesialiserte rutiner som i større grad forekommer på regionsykehusene (nevropatologi, punksjons-

cytologi, rettsmedisin, hematopatologi, nyrepatologi etc). Dette kan ivaretaes ved opphold ved regionsykehusene innen samme helse-region, kursvirksomhet og fjernundervisning (telepatologisk nettverk).

Det må komme til en vesentlig økning i stillingsantallet for overleger for å overkomme alle behov for patologitjenester i årene fremover. Dette vil ikke kunne la seg realisere i løpet av kort tid uten import av utenlandske patologer i tillegg til egenrekruttering. Hver fjerde patolog i Norge i dag har sin spesialistutdanning fra utlandet.

Erfaringer med utenlandske patologer i Norge er gjennomgående gode når det gjelder faglige kvalifikasjoner. Det er likevel nødvendig å være kritisk til en for stor import av utenlandske patologer over kort tid uten en tilfredsstillende organisert tilpasning til norske forhold. Komiteen anser det som svært viktig at den faglige kompetansen blir nøye vurdert i hvert enkelt tilfelle og at man unngår å ansette personer som ikke er hverken faglig eller personlig skikket til å arbeide under norske forhold. Vi vil slik det er foreslått anbefale bruk av begrenset lisens for spesialister i patologi som kommer til Norge fra land utenfor EØS-området.

Flere patologiavdelinger har aktivt prøvd å rekruttere patologer fra utlandet. Det har fortrinnsvis vært benyttet avertering i tidsskrift supplert med telefonkontakt og besøk til institusjoner i utlandet som en vet kan ha aktuelle kandidater.

Den senere tids tiltak med aktiv rekruttering (kongresser, foreninger, institusjoner) fra arbeidsformidlingsetaten og kontor for rekruttering av utenlandske spesialister ved Haukeland sykehus er en positiv vei å gå. Det vil sansynligvis ta noe tid før en ser effekten av disse tiltakene. Det er viktig at et sentralt kontor i Norge har oversikt over kvalifiserte og motiverte patologer som kan tenke seg arbeid i Norge. Dette vil lette arbeidet med å få godt kvalifiserte patologer. Siden lønnsnivået ikke er spesielt høyt i forhold til andre vest-europeiske land er det viktig at utenlandske patologer tilbys sosiale fordeler som gjør det attraktivt for dem å arbeide i Norge.

Sammenfatning pkt 4.3

Komiteen går inn for å styrke utdanningskapasiteten ved patologiavdelingene ved sentralsykehusene. Det må opprettes flere utdanningsstillinger for assistentleger. Det bør være minimum to assistentlegestillinger på hver sentralsykehusavdeling under forutsetning av tilfredsstillende overlegebemanning. Hvert sentralsykehus med tilfredsstillende overlegebemanning bør ha godkjenning for minimum 3 av 4 års hovedutdanning for å sikre attraktiv rekruttering. Regionsykehusene må få tildelt flere fordypningsstillinger for å ivareta faglig fordypning, metodeutvikling og forskning. Hvert regionsykehus bør ha minimum to fordypningsstillinger.

Egenrekruttering til fremtidige stillinger i norsk patologi vil trolig ikke være tilstrekkelig for å dekke alle patologioppgaver og ivareta pensjonering. Det er derfor behov for flere utenlandske patologer for å dekke behovet på kort sikt. Nødvendige krav til faglighet og språkferdigheter i norsk må foreligge.

4.4 Bemanning

Vi har i pkt 3.6.2 gjort rede for beregningsgrunnlaget for antall patologer som er nødvendig for å dekke volum av prøver.

Dette er beregnet til én patolog per 21.000 innbyggere i år 2.000. Dette vil totalt kreve 211 patologårsverk.

Vi har imidlertid ikke kunnet beregne alle sider av forventet økning i patologi-tjenestene som følge av utvidelse av screening på kreft. Mammografi-screeningen vil gradvis bli utvidet til flere fylker og i 1999 vil det påbegynnes et screeningprogram for tykktarmskreft. En utvidelse til flere fylker vil trolig finne sted i perioden 2000-2005. Effekten av disse tiltak vil øke belastningene på patologi-tjenestene selv om det trolig vil bli en reduksjon i volumet av livmorhalsprøver i årene som kommer.

Patologifaget er imidlertid et stort fag som favner en rekke kliniske fagområder ikke alle patologer eller avdelinger kan dekke med like stor grad av kvalitet. Innføring av nye og krevende metoder, behov for konsultasjonstjeneste og forskning på viktige sykdomsgrupper er oppgaver som regionsykehusene i større grad enn sentralsykehusene må ta hensyn til. Derfor må regionsykehusene vurdere særskilte behov for spisskompetanse som kommer i tillegg til det å dekke prøvevolum. I tillegg vil noen patologiavdelinger ved regionsykehusene inngå i landsfunksjoner og kompetansesentre og noen vil ha ansvar for landsomfattende registerfunksjoner. Dette må kompenseres ved opprettelse av spesielt øremerkede stillinger for å ivareta disse funksjoner. Dette er en oppgave som det enkelte regionsykehus må ivareta i samarbeid med den helsepolitiske ledelse i fylkeskommunene, det regionale helseutvalg, Helsetilsynet og Sosial- og helsedepartementet.

Regionalisering av vårt helsevesen inntar en viktig premiss for utvikling av helse-tjenester. Dette gjelder også for patologifaget. Det er sterke politiske signaler på at denne utvikling vil forsterkes. Det er grunn til å tro at de regionale helseutvalg vil få en avgjørende kontroll- og rådgivningsfunksjon i utformingen og organiseringen av de fremtidige helsetjenester. Vi har derfor valgt å relatere behovet for patologi-tjenester innenfor en helseregionsmodell. Dette gir en større åpning for at patologi-tjenestene kan samordnes helsepolitisk innenfor regionen og ikke bare innenfor det enkelte fylke. Dette vil kunne gi driftsfordeler og bidra til et sterkere faglig og organisatorisk samarbeid mellom patologiavdelingene innen regionen.

En samordning av patologi-tjenester i Oslo og Østlandsområdet vil styrke forhold vedrørende utdanning av patologer og utnyttelse av kapasitetsforhold ved Rikshospitalet og Radiumhospitalet for begge helse-regioner i Østlandsområdet.

Tabell 4.4.A -Region- og fylkesvise befolkningstall og antall patologårsverk i henhold til opprettede hjemler (pr. 31.12.98) og stillinger (pr. 01.11.98) for overleger og assistentleger i offentlige institusjoner og beregnet behov i 2000.

Regioner	Fylker	Patologi-avdelinger	Befolkning	Behov i 2000 i henhold til folketall	Årsverk basert på hjemler og stillinger ¹⁾
Region 5	Finnmark ²⁾	-	75 000		0
	Troms	RiTø	150 000		11,5
	Nordland	NSS	239 000		5,0
Total			464 000	22,2	16,5
Region 4	N-Trøndelag ²⁾	-	127 000		0
	S-Trøndelag	RiT	260 000		17,0
	Møre&Romsdal	SSM&R/ FSMolde	242 000		2,0 2,0
Total			629 000	30,0	21,0
Region 3	Sogn&Fjordane ²⁾	-	108 000		0
	Hordaland	Haukeland	430 000		14,5
	Rogaland	SiR	366 000		8,5
Total			904 000	43,0	23,0
Region sør	V-Agder	VASS	153 000		5,0
	A-Agder ²⁾	-	111 000		1,0
	Telemark	TSS	164 000		4,5
	Vestfold	VSS	209 000		4,5
	Buskerud	BSS	233 000		6,0
Total			870 000	41,4	21,0
		Riks- hospitalet			11,0
		Radium- hospitalet			21,5
Region øst	Oslo	Ullevål	501 000		18,0
		Aker			4,0
	Oppland	Lilleham- mer	182 000		4,5
	Hedmark ²⁾	-	186 000		2,0
	Akershus	SiA	455 000		5,0
Østfold	SSØ	244 000		4,0	
Total			1 568 000	74,7	37,5
Hele landet			4 435 000	211,3	151,5

¹⁾ = Bare overleger i hovedstilling og assistentlegestillinger medregnet.

Overleger = 1 årsverk, ass.leger = ½ årsverk

²⁾ = Fylke som ikke har patologiavdeling, men event. stillingshjemler

Det er fremdeles fem fylker i Norge som ikke har patologiavdeling knyttet til ett av sine sykehus. Det gjelder Aust-Agder, Hedmark, Sogn- og Fjordane, Nord-Trøndelag og Finnmark fylker. To av fylkene har overlegehjemler, men har ikke etablert noe laboratorievirksomhet. I en periode med mangel på patologer vil det være vanskelig å etablere nye avdelinger i konkurranse med en

videre utbygging av patologitjenestene innenfor eksisterende institusjoner. Det bør være de regionale helseutvalg i samarbeid med fylkene som drøfter behovet og tidspunktet for en videre utbygging av patologitjenesten innenfor de respektive helseregioner. En arbeidsgruppe oppnevnt av det regionale helseutvalg i Helseregion 2 anbefalte opprettelse av en mindre patologiavdeling

bemannet med to patologer knyttet til Aust-Agder sentralsykehus. Avdelingen ble anbefalt et nært samarbeid med patologiavdelingen ved Vest-Agder sentralsykehus. Denne anbefalingen skjedde etter lokalt utredningsarbeid og fylkestingsvedtak for opprettelse av slik avdeling ved sentralsykehuset i Aust-Agder i 2001.

Komiteen vil ikke gi anbefaling for antall patologer på den enkelte avdeling. Vi vil likevel slutte oss til anbefalingene gitt til det regionale helseutvalg i Helseregion 2 at det må være en minimumsbemanning. I Helseregion 2 er det foreslått at denne bør være seks overleger og to assistentleger med den folkemengde og sykehusstruktur det er i de fleste fylker (med unntak av Aust-Agder). Denne modellen vil nødvendigvis ikke passe på alle andre avdelinger utenfor Helseregion 2, men kan være retningsgivende.

Vi vil derimot gi en anbefaling for den enkelte helseregion basert på det beregningsgrunnlag for antall patologårsverk vi er kommet frem til. Det enkelte regionale helseutvalg i samarbeid med fylkene bør så ta stilling til videre utforming og fordeling av oppgaver og stillinger mellom de ulike patologiavdelinger hvor også antallet utdanningsstillinger samt behovet og bruk av private laboratorier tas i betraktning.

Rekruttering til patologifaget skjer først og fremst lokalt. Det er relativt få overlegestillinger som besettes av eksterne søkere fra andre helseregioner utenfor Helseregion 1 og 2. Forholdet mellom antall rekrutteringsstillinger og overlegestillinger må derfor være tilpasset på den enkelte avdeling. Det må derfor være lokale forhold som bestemmer behovet for antall assistentlegestillinger. Komiteen vil likevel sterkt gå inn for å styrke rekrutteringen til faget ved å anbefale en økning i antall assistentlegestillinger ved sentralsykehusene. Sentralsykehusene må i sterkere grad enn tidligere ta ansvar for fremtidige behov for patologer ved å bidra med utdanningen selv. Det er også viktig å være klar over at yngre leger i dag prioriterer annerledes enn tidligere generasjoner av leger i tillegg til en helt annen kjønns sammensetning i legestaben. Dette bidrar til at den stabilitet og fleksibilitet som gjennomgående var mer utpreget i et svært mannsdominert legeyrke ikke lenger er rådende. Dette medfører forutsigbarhet i bemanning og funksjoner er

mer usikre og krever i seg selv en sterkere organisering og bedre bemanning for å ivareta alle arbeidsoppgaver.

Vi har i denne fremstillingen ikke inkorporert den kapasitetsøkning ved overtidsbruk som finnes som følge av de lokale avtaler for pliktig (PUA) og frivillig utvidet arbeidstid (FUA). Det ligger heller ikke inne de særskilte behov for patologikompetanse (landfunksjoner, kompetansesentra, registerfunksjoner, forsknings- og metodebehov etc) som det enkelte regionsykehus eventuelt sentralsykehus måtte ha. Det er heller ikke trukket for undervisnings og forskningsandelen for overleger med bistilling som professor (II) ved universitetet. Professorer (I) og amanuenser (I) med bistilling på regionsykehuset er ikke trukket inn i antall hjemler for den enkelte region av grunner vi tidligere har gjort rede for. Antall årsverk ved private laboratorier er heller ikke inkludert.

Det fremgår av tabell 4.4.A at alle helseregioner har et underskudd på patologer og at behovet totalt sett er **60 legeårsverk** på landsbasis i år 2000.

Det er viktig at når det opprettes legestillinger må også kontorfunksjoner og tekniske stillinger opprettes. Dette er nødvendig fordi alt legearbeid genererer behov for støttefunksjoner. En overlegestilling svarer til behov for minst én bioingeniør- og ½ kontorstilling. I tillegg er det nødvendig at regionsykehusene bemannes med biologer/sivilingeniører som kan drive særlig teknisk krevende arbeidsoppgaver innenfor mikroskopi (cytometri, billedanalyse/konfokal mikroskopi etc) og molekylær patologi.

Sammenfatning av pkt 4.4

I år 2000 vil volumet av patologitjenester i Norge svare til 211 patologårsverk. Per 01.11.1998 var det en mangel på 60 patologårsverk for å dekke dette behovet. Komiteen forutsetter at hver region i samarbeid med fylkene og patologiavdelingene utarbeider spesifiserte planer for hvordan fordelingen av stillinger og tjenester best skal organiseres herunder hvordan behov og bruk av private patologi-laboratorier skal inngå.

forts.

I de foreliggende beregninger er det ikke lagt inn behovet for en del spesialiserte tjenester (f.eks landsfunksjoner, registerfunksjoner, subspecialiteter, metoderelaterte funksjoner etc). Opprettelse av legestillinger for spesielle oppgaver ved regionsykehusene og større sentralsykehus må derfor komme i tillegg. For hver overlegestilling er det behov for minst en bioingeniørstilling og 1/2 kontorstilling. Regionsykehusene må styrkes med stillinger for biologer/sivilingeniørstillinger som kan ivareta særlig utfordrende tekniske arbeidsoppgaver.

Komiteen går inn for samordning av patologitjenestene i Oslo-området.

4.5 Informasjonsteknologi

Ved siden av utviklingen innen gen-teknologi er det den moderne informasjons-teknologi som vil sette sitt største preg på den medisinske utvikling i de kommende år. Tredje generasjons elektronisk datateknologi til bruk i arkivfunksjonene på patologiavdelingene er i løpet av de siste par år tatt i bruk ved nesten alle universitetsklinikker, foreløpig på kun ett av sentralsykehusene. Erfaringene så langt synes at den tidsmessig effektivisering først og fremst gjelder for kontortjenesten, mens legearbeidet ikke har oppnådd tilsvarende fordeler.

Fordelene er først og fremst knyttet til;

- Større grad av datasikkerhet
- Kvalitetsforbedrende diagnostisk informasjon til rekvirentene
- Bedre gjenfinning av tidligere pasientundersøkelser
- Kontinuerlig overvåking av prøveflyt gjennom avdelingen
- Raskere produksjonsflyt og større grad av fleksibilitet i svarrutiner ved digital inndiktering og interaktive skrivefunksjoner
- Produksjonsstatistikk
- Viktig verktøy for kvalitetskontroll
- Totalt bedret effektivitet, oversikt og innsikt i avdelingens rutiner

Den videre utvikling innen dette aktivitetsområdet vil i første rekke være å få

etablert tilsvarende systemer på alle offentlige og private patologiavdelinger her i landet som vil kunne skape en viktig kvalitetsforbedring i all informasjon til rekvirentene. Dermed vil det gi mulighet til å etablere et nasjonalt patologinett forutsatt at det kan utveksles informasjon mellom de ulike systemer. Derved kan all relevant pasientinformasjon overføres mellom institusjoner. Dette vil kunne ha betydning ved utveksling av konsultasjonstjenester, men også når pasienter overføres mellom institusjoner og når tidligere diagnoser skal kontrolleres.

Telepatologi

Telepatologi er i dag etablert ved tre av regionsykehusene som en diagnostisk (frysesnitt-) tjeneste til sykehus som ikke har patologiavdeling. Innenfor denne rammen fungerer denne tjenesten tilfredsstillende, men dette er volummessig en beskjeden aktivitet. Det er naturlig at denne tjenesten bygges gradvis ut innen hver helseregion til å gjelde alle sykehus med behov for frysesnittservice. Telepatologi til bruk i konsultasjonssøyemed og "second opinion" er foreløpig lite utprøvet. Potensialet er stort og med etablering av telepatologiarbeidsstasjoner på flere patologiavdelinger vil dette kunne bli en kvalitetsfremmende virksomhet. Det største potensialet i telepatologi ligger likevel innenfor undervisning og opplæring. Overføring av faglige møter, kurs etc. vil gi en kompetanseøkende effekt som kan ha stor nytte i utdanning av spesialistkandidater i patologi, særlig på sentralsykehusene.

Det er imidlertid viktig å være klar over at telepatologi ikke kan løse patologimangelen i Norge. Det er ingen erfaringer i dag som sannsynliggjør en mulighet til å utføre primærdiagnostiske oppgaver (utenom frysesnitt) med nødvendig kvalitet.

Komiteen registrerer at telepatologi fremdeles er en lite utprøvd aktivitet her i landet til tross for nesten ti års erfaring. Dette betyr at implementering av denne type teknologi tar tid og at nødvendig tilpasning til brukerne må til dersom nytten skal bli god. Vi vil anbefale en gradvis utbygging av telepatologi. Stillbilledoverføring via Internett kan for visse formål være både kvalitetsmessig tilfredsstillende og ikke minst en billig løsning. Innkjøp av dyre arbeidsstasjoner med robotmikroskopi trenger ikke nødvendigvis

være alle brukeres behov. Det er derfor viktig at behovet styrer utviklingen og ikke tilgjengeligheten av kostbart utstyr med unødige funksjoner som får liten bruker-utnyttelse.

Komiteen vil gå inn for etablering av følgende telepatologiske tjenester som kvalitetsforbedrende tiltak.

- Frysesnittservice bør etableres for de sykehus hvor dette er et behov.
- Det bør etableres et undervisningskonsept innenfor rammen av telepatologi som kan styrke undervisning og utdanning i patologi særlig ved sentralsykehusene.
- Konsultasjonstjenester og "second opinion" bør inngå i den fremtidige samhandling mellom sentralsykehus og regionsykehus.

Sammenfatning av forslag pkt 4.5

Moderne informasjonsteknologi er et viktig redskap i forbedring av patologitjenester. Integrering av skrivefunksjoner, pasientdata, undersøkelsesmetoder, debeteringsrutiner, produktionsstatistikk, kvalitetskontroll og intern meldingstjeneste vil styrke kvaliteten på all service. Fremtidig elektronisk prøvesvarformidling vil ytterligere bidra til å lette tilgjengeligheten og hurtigheten på undersøkelsessvar. Moderne datateknologi basert på PC/Mac løsninger er for mange aktører i helsevesenet fremmed og vanskeliggjør full utnyttelse av alle funksjoner over kort tid. Dette må taes hensyn til når ny teknologi taes i bruk og krever nødvendig tid til opplæring og tilpasning.

Telepatologi er en aktivitet som kan bidra til en kvalitativ forbedring av patologitjenester, men vil ikke ha noen effekt som reduserer behovet for nødvendig bemanning på patologiavdelingene. Tvert i mot krever ny teknologi styrking av bemanning for at denne tjenesten skal kunne implementeres og at kvaliteten skal være god. Komiteen vil anbefale en gradvis utbygging av telepatologi da dette er en aktivitet som det vil ta tid for fagmiljøene å omstille seg til. Det er viktig at faglig behov er de førende elementer når denne virksomheten implementeres og at dette vurderes opp mot de økonomiske investeringer som er nødvendig, men også tilstrekkelig for at virksomheten skal kunne utøves.

4.6 Sammenfatning av forslagene og tidsplan

Komiteen er bekymret for den store arbeidsbelastning flere av patologiavdelingene har. Dette gir seg utslag i lang svartid på prøver. Det er eksempler på patologiavdelinger som har gjennomsnittlig svartid på en måned på livmorsprøver og gjennomsnittlig svartid på over 10 dager på vevsundersøkelser med en viss andel prøver som først blir besvart over en måned etter prøven er tatt. Obduksjoner er som vi flere ganger har fremhevet en nedprioritert oppgave og ferdigstillelse av resultatene kan ta mange måneder og i enkelte tilfeller over ett år. Skal intensjonen i bl.a. "Norsk Kreftplan" komme til anvendelse må svartiden reduseres og større kvalitet legges i en del oppgaver. Til dette kreves ressurser. Det er eksempler på fylker som har patologiavdeling som ikke har maktet å gå inn i "screening" på brystkreft og som derfor har medført at fylket ikke har kunnet gå inn i det nåværende prøveprosjektet. Når mammografitilbudet skal gjøres nasjonalt og med utvidelse til også å gjelde aldersgruppen 40-49 i tillegg til gruppen 50-69 år sier det seg selv at dette kan bli en vanskelig, for ikke å si umulig oppgave for mange patologiavdelinger. Det er derfor viktig at det lages en handlingsplan i hver helseregion for utbygging av patologitjenestene i tråd med de retningslinjer vi har trukket opp.

Det må derfor taes et nasjonalt krafttak for å styrke patologifaget:

- Innen utgangen av år 2000 bør 25 % av 60 manglende legeårsverk i patologi være dekket og innen 2002 bør 75 % være dekket.
- Innen år 2005 bør patologifaget ha en dekning svarende til behov. Dette vil i 2005 være ca. 236 legeårsverk. På dette tidspunkt vil to, muligens tre store screeningprosjekter (bryst-, livmorchals- og tykktarmskreft) være nasjonalt dekkende. Dette vil være en formidabel oppgave som ikke kan løses uten import av patologer.
- Rekruttering av norske leger til patologifaget må styrkes ved ulike tiltak samtidig som det må opprettes flere utdanningsstillinger på sentralsykehusene og flere fordypningsstillinger for assistentlegene på regionsykehusene som et strakstiltak i løpet av 2-3 år. Forholdet mellom overleger og assistentleger bør på regionsykehusene være 1:0,5-1 og på sentralsykehusene 1:0,3-0,5. Sentralsykehusene må gis minimum tre års tjenestegodkjenning under forutsetning av tilfredsstillende tjenesteinnhold.
- Cytologi må styrkes ved å bedre utdanningen for assistentleger. Flere cytoteknikere må utdannes. Automatisert screening av celleprøver må utprøves og tas i klinisk bruk når kvaliteten er tilfredsstillende.
- Innen år 2005 bør alle regionsykehus ha en obduksjonsfrekvens på over 50% og resultater av obduksjonsundersøkelser bør inngå i sykehusenes overordnede kvalitetskontroll. Det bør tilstrebes en nasjonal obduksjonsfrekvens på 20%. Et nasjonalt obduksjonsregister knyttet til dødsårsaksregisteret i Statistisk Sentralbyrå bør opprettes for å ivareta kvalitetssikring og kontroll av dødsårsakstatistikk.
- Klinisk riktig bruk av patologisk-anatomiske undersøkelser bør utarbeides i forbindelse med regionale og nasjonale handlingsplaner for diagnostikk og behandling av sykdommer (særlig kreftsykdommer). Bruk av moderne informasjonsteknologi vil kunne bidra til å spre informasjon om hensiktsmessig prøvetaking.
- Implementering av moderne informasjonsteknologi er nødvendig for en forbedret patologitjeneste og innen 2005 bør alle patologiavdelinger her i landet ha innført nye elektroniske systemer som ivaretar alle nødvendige datafunksjoner.
- Telepatologi gir ingen ressursbesparende effekt for bruk av patologitjenester, men kan gi diagnostiske kvalitetsforbedringer og gi mulighet for kunnskapsformidling.
- Ved opprettelse av overlegestillinger må det samtidig opprettes minst én bioingeniørstilling og ½ kontorstilling for hver overlegestilling.
- Kompetansen til støttepersonale på patologiavdelinger må forbedres i samarbeid med bioingeniørhøgskolene. Det må gis videreutdanning til bioingeniører og obduksjonspreparanter.
- I takt med utviklingen av nye teknikker med klinisk nytteverdi (f.eks. molekylær patologi) må disse tas i bruk og utstyr og driftsmidler må stilles til disposisjon.
- Tid og ressurser må avsettes til forskning og metodeutvikling, særlig for regionsykehusene. Faget må gjenreises som en sentral arena som knytter basalforskning med klinisk virksomhet.

5 Kildehenvisninger

Aust-Agder og Vest-Agder fylkeskommuner: *Udredning af fælles løsninger for laboratorie-tjenester for Aust-Agder og Vest-Agder*, Ernst & Young Management Consulting. 1996.

Bostad L, Berner Aa & Sauer T: *Kvalitetssikring i spesialiteten patologi*. Den norske patologforening. 1994.

Brørs O, Olsen H: Bivirkninger. I Norsk legemiddelhåndbok 1998-99 for helsepersonell. Norsk legemiddelhåndbok I/S Oslo. 963-969, 1998.

Den norske lægeforening: *Ledelse av sykehusavdelinger og kommunehelsetjenesten. Mål og strategier*. 1996.

Den norske lægeforening: *Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for patologi*. 1995.

Den norske lægeforening: *Rapport fra Regionspsykehusutvalget*. 1995.

Den norske patologforening: *Generalplan for patologi*. 1981.

Den norske patologforening: *Årsrapport*. 1997.

Den norske patologforening: *Årsrapport*. 1998.

Den norske patologforening. *75 års jubileum 1923-1998*. 1998. ISBN 82-91613-02-8.

Det regionale helseutvalg: *Regional arbeidsgruppe i patologi. Helseregion 2*. 1998.

Egevad L & Sundström C: *Vakans- ock bemanningsutredningen*. Svensk Förening för Patologi. 1996.

Eide J & Gundersen R: *Kapasitet, arbeidsbelastning og lønnsforhold i patologiavdelingene*. Rapport fra et utvalg. Den norske patologforening. 1996.

Eide, Johan: ”*Strupetak på kreftdiagnostikken*”. Aftenposten 19. september, 1996.

Eide TJ & Nordrum I: *Current status of telepathology. Review article*. APMIS 102:881-890, 1994.

German W. McKee: *Anonyme leger*. Eckhardts bokhandel A/S, Oslo. 1946.

Helsedirektoratet: *Normer for arbeidsbelastning i patologi*. 1975.

Hermanek P, Sobin LH: *TNM classification of malignant tumours*. Springer Verlag Berlin Heidelberg New York Fourth edition, 2nd revision. 1992.

Horowitz R. E.: *The succesful community hospital pathologist – what it takes*. Human Pathology 29:211-214, 1998.

Jørgensen L, Hartveit F, Abeler V & Farstad IN: *Rapport fra utvalg for utredning av behovet for B-stillinger for utdanning av spesialister i patologi samt fordeling av stillingene på de forskjellige sykehus*. Den norske patologforening. 1988.

Løchen Yngvar: *Det gjenstridige livet*, Tiden Norsk Forlag A/S. 1998.

Norges offentlige utredninger: *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus.* NOU 2 - 1997.

Norges offentlige utredninger: *Sykehusobduksjon.* NOU 37 – 1985.

Norges offentlige utredninger: *Norsk kreftplan.* NOU 20 – 1997.

Regional Helseplan for Helseregion 2: *Medisinsk faglige vurderinger og anbefalinger,* Rammeplan pr. 15. juni, 1996.

Sauer T, Amin A, Gjeldseth A, Mecsei R & Bofin AM: *Kvalitetssikring i cytologiske laboratorier.* Norsk Forening for Klinisk Cytologi. 1994.

Sosial- og helsedepartementet: *Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste.* Stortingsmelding 24, 1997.

Statens helsetilsyn: *Godkjenning som lege i Norge. Om vilkårene for norsk godkjenning for leger utdannet i andre land.* 1-1994.

Statens helsetilsyn: *Laboratoriemedisin i Norge.* 8-1994.

Statens helsetilsyn: *Smittevernloven. Melding og varsling av smittsomme sykdommer.* IK-9/95, Saknr. 95/00561. Oslo. 1995.

Tidsskrift for Den norske lægeforening, 6:118, 1998.

Underwood JCE: *Introduction to biopsy interpretation in surgical pathology.* Springer Verlag Berlin Heidelberg New York. 1981.

Etterord

Komiteen har brukt lang tid på dette oppdraget fra Statens helsetilsyn. Noe av dette skyldes at vi sent i prosessen ble klar over at det var en relativt stor diskrepans i antall hjemler og godkjente stillinger i ULS og antall stillinger som avdelingene selv opplyste at de hadde. For å løse dette problemet ble vi nødt til å be om nye tall fra Helsetilsynet hvor det i mellomtiden var gitt "amnesti" for ikke godkjente stillinger. Av den grunn måtte vi bearbeide sentrale fremstillinger i rapporten.

Nyttige korreksjoner og bekreftelser til våre fremstillinger og konklusjoner i en første rapportversjon fikk vi da komiteen hadde et heldags møte i januar 1999 med fremstående eksperter innenfor onkologi, kirurgi, gynekologi og fylkeslegenivå. Disse har kommet i tillegg til de innspill som Helsetilsynet har fremført og har bidratt til å sikre korrekte fremstillinger og nyansere viktige vurderinger på sentrale områder.

Komiteen har nedlagt betydelig arbeid i å få fremstillingen så lettfattelig og interessant som mulig slik at flest mulig personer kan ha nytte av å lese rapporten. Komiteen er også meget fornøyd med at Helsetilsynet har villet gjøre rapporten til "sin" rapport og håper derved at den vil bidra til å styrke patologifaget etter de retningslinjer som er trukket opp i vår innstilling.

Tor J. Eide

Rikshospitalet, mai 1999

STATENS HELSETILSYNS UTREDNINGSSERIE

1-1994	Neonatal kirurgi	IK-2445	(100)
2-1994	Tannhelse og behandlingsbehov hos fengselsinnsatte	IK-2446	(100)
3-1994	Pasientjournalen	IK-2451	(100)
6-1994	Organisering av gastro-enterologisk cancerkirurgi i Norge	IK-2463	(100)
7-1994	Plutselig uventet død hos diabetikere under 40 år	IK-2465	(100)
8-1994	Laboratoriemedisin i Norge	IK-2466	(100)
9-1994	Spesialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi	IK-2467	(100)
10-1994	EØS/EU og helsesektoren	IK-2468	(100)
1-1995	Høydosebehandling med autolog stamcellestøtte ved maligne lidelser	IK-2497	(100)
2-1995	Småbarnsforeldres synspunkter på helsestasjonen	IK-2488	(100)
3-1995	Folkehelse – et nytt traktatfestet samarbeidsområde i EU	IK-2496	(100)
4-1995	Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne	IK-2506	(100)
5-1995	Organisering av diagnostikk og behandling med radiofarmaka i Norge.....	IK-2510	(100)
6-1995	Prioriteringer innen hjertekirurgi	IK-2511	(100)
1-1996	Spesialhelsetjenester i indremedisin og kirurgi – Del 2	IK-2519	(100)
2-1996	Prioriteringer innen palliativ kreftbehandling	IK-2541	(100)
3-1996	Spesialisert rehabilitering av pasienter med leddgikt og beslektede sykdommer.....	IK-2544	(100)
1-1997	Faglige krav til fødeinstitusjoner	IK-2565	(100)
2-1997	Fremtidig struktur for blodbankene i Norge	IK-2571	(100)
3-1997	Organisering av kvalitetsarbeid i kommunehelsetjenesten	IK-2582	(100)
4-1997	El-overfølsomhet	IK-2599	(100)
5-1997	Tannhelsetjenesten	IK-2600	(100)
6-1997	Karsykdommer og røyking	IK-2602	(100)
1-1998	Somatiske undersøkelser (helseundersøkelser/screening) av barn og unge 0-20 år	IK-2611	(100)
2-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som leder	IK-2615	(100)
3-1998	Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som medarbeider	IK-2616	(100)
4-1998	Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten	IK-2618	(100)
5-1998	Helsefremmende og forebyggende arbeid for barn og unge 1–20 år	IK-2621	(100)
6-1998	Katarakt som samfunnsproblem	IK-2626	(100)
7-1998	Oppfølging av personell som har tjenestegjort i internasjonale fredsoperasjoner	IK-2631	(100)
8-1998	Bruk av tannrestaureringsmaterialer i Norge	IK-2652	(100)
1-1999	Norsk nevrokirurgisk virksomhet	IK-2680	(100)

STATENS HELSETILSYNS VEILEDNINGSSERIE

1-1994	Godkjenning som lege i Norge	IK-2447	(100)
2-1994	Målemetoder for inneklimateparametre	IK-2462	(100)
3-1994	Kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Analyse – Tiltak – Evaluering.....	IK-2464	(100)
1-1995	Sped- og småbarnsernæring.....	IK-2475	(100)
2-1995	Behandling av saker om tillatelse til bruk av avløpslam	IK-2481	(100)
3-1995	Gruppearbeid – metoder og muligheter	IK-2484	(100)

4-1995	Inneklima – en veileder for kommunehelsetjenesten	IK-2489	(100)
5-1995	Veileder i svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten	IK-2492	(100)
6-1995	Norsk vassforsyning, fylkesleganes tilsyn med kommunane	IK-2477	(100)
7-1995	Vondt i ryggen? Hva er det? Hva gjør vi?	IK-2508	(100)
8-1995	Retningslinjer for håndtering av cytostatika utenfor sykehus	IK-2520	(100)
1-1996	Retningslinjer for GMP i blodbanker	IK-2527	(100)
2-1996	Taushetspliktens betydning for samarbeidet mellom medisinsk nødmeldetjeneste og andre nødetater	IK-2531	(100)
4-1996	Veileder i rehabilitering av slagrammede	IK-2542	(100)
5-1996	Opplæringshefte ICD-10	IK-2549	(100)
1-1997	Retningslinjer for håndtering av antimikrobielle midler i helsevesenet	IK-2568	(100)
2-1997	Veiledning for utfylling av helseattest for førerkort m.v.	IK-2562	(100)
1-1998	Veileder i habilitering av barn og unge	IK-2614	(100)
2-1998	Veileder for helsestasjons- og skolehelsetjenesten – barn og unge 0–20 år	IK-2617	(100)
3-1998	Veileder til forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v.	IK-2619	(100)
4-1998	Behandling av ryggmargsskade i Norge	IK-2620	(100)
1-1999	Tenner for livet – helsefremmende og forebyggende arbeid	IK-2659	(100)

STATENS HELSETILSYNS SKRIFTSERIE

2-1994	Helsefremmende tiltak i kommunene	IK-2471	(100)
1-1995	Sykepleietjenester i kommunene	IK-2498	(100)
2-1995	Den fylkeskommunale habiliteringstjenesten – 3 år etter HVPU-reformen	IK-2502	(100)
3-1995	Støtte til egen mestring – en veileder om organisering av sosial støtte i lokalsamfunnet, basert på erfaringer fra samarbeidsprosjektet Sorg og Omsorg	IK-2507	(100)
4-1995	Handlingsplan mot selvmord 1994–1998	IK-2514	(100)
1-1996	Bærumsmodellen 1984–1994	IK-2524	(100)
2-1996	The National Plan for Suicide Prevention 1994–1998	IK-2539	(100)
1-1997	Retningslinjer for transfusjonstjenesten	IK-2590	(100)
1-1998	The Bærum Model 1984-1994	IK-2624	(100)

Samling av lover, forskrifter og rundskriv

Det psykiske helsevern – Samling av relevante lover, forskrifter og lover ...	IK-2607	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i tannhelsetjenesten – Samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv	IK-2608	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i sykehus – Samling av relevante lover, forskrifter og rundskriv	IK-2609	(60)
Krav om forsvarlig virksomhet i kommunehelsetjenesten – Samling av relevante lover, forskrifter og lover	IK-2610	(60)

Vi tar forbehold om endringer i priser.

PATOLOGIFAGET I DET NORSKE HELSEVESEN

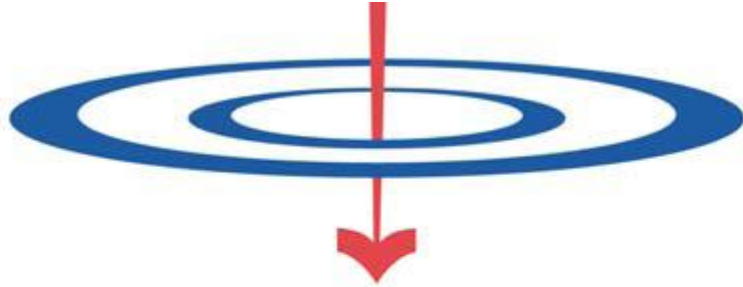
Nasjonalt krafttak for patologifaget

- Innen utgangen av 2002 bør 75 % av 60 manglende legeårsverk i patologi være dekket. Innen år 2005 bør patologifaget ha en dekning svarende til behov. Dette vil i 2005 være ca. 236 legeårsverk.
- Det må opprettes flere utdanningsstillinger på sentralsykehusene og flere fordypningsstillinger for assistentlegene på regionsykehusene.
- Cytologi må styrkes ved å bedre utdanningen for assistentleger. Flere cytoteknikere må utdannes. Automatisert screening av celleprøver må utprøves.
- Innen år 2005 bør alle regionsykehus ha en obduksjonsfrekvens på over 50%. Det bør tilstrebes en nasjonal obduksjonsfrekvens på 20%. Et nasjonalt obduksjonsregister bør opprettes.
- Klinisk riktig bruk av patologisk-anatomiske undersøkelser bør utarbeides i forbindelse med regionale og nasjonale handlingsplaner (særlig kreftsykdommer).
- Implementering av moderne informasjonsteknologi er nødvendig for en forbedret patologitjeneste. Telepatologi kan gi diagnostiske kvalitetsforbedringer og gi mulighet for kunnskapsformidling.
- Ved opprettelse av overlegestillinger må det samtidig opprettes minst én bioingeniørstilling og ½ kontorlederstilling for hver overlegestilling. Kompetansen til støttepersonale på patologiavdelinger må forbedres i samarbeid med bioingeniørhøgskolene.
- Nye teknikker med klinisk nytteverdi (f.eks. molekylær patologi) må tas i bruk og utstyr og driftsmidler må stilles til disposisjon.
- Tid og ressurser må avsettes til forskning og metodeutvikling. Faget må gjenreises som en sentral arena som knytter basalforskning med klinisk virksomhet.



Statens helsetilsyn

Trykksakbestilling:
Tlf. 22 24 88 86 Faks 22 24 95 90
E-post: trykksak@helsetilsynet.dep.telemax.no
Internett: <http://www.helsetilsynet.no>



DNP

DEN NORSKE PATOLOGFORENING
NORWEGIAN SOCIETY OF PATHOLOGY

ÅRSRAPPORT 2011

DEN NORSKE PATOLOGFORENING
Norwegian Society of Pathology

International Academy of Pathology
Norwegian Division

Forord

Den norske patologforening (DNP) er en av 44 fagmedisinske foreninger, og den foreliggende årsrapport inneholder en gjennomgang av styrets og foreningens aktiviteter i 2011. *Produksjonstall* fra avdelinger og laboratorier er inkludert til internt bruk, og tallene vitner om økt aktivitet. Gjennom styrets *veiledning* for rapportering av produksjonstall til årsrapporten har vi kommet med definisjoner og presiseringer, og vi håper at dette gjør tallene rimelig konsistente og pålitelige. Særlig har det vært viktig å få etablert gode tall for molekylære analyser. For denne kategorien skal det nå rapporteres både antall remisser (pasienter) og antall enkeltanalyser (parametre). Det siste vil være et uttrykk for arbeidsvolum innenfor denne viktige delen av faget.

Styret har i 2011 fortsatt sitt arbeid for å "*fremme patologifagets praktiske og vitenskapelige utvikling*" i henhold til foreningens formålsparagraf. Vårt fag utfordres til stadighet når det gjelder faglig innhold, produksjonsvolum og organisatoriske forhold. Utfordringene er merkbare ikke minst på *krefrområdet*, der krav om *produktivitet og forløpstider* har blitt fremsatt fra myndighetene og debattert i fagmiljøene og media. Rask diagnose er viktig selv om riktig diagnose og behandling er det aller viktigste. Dette må til stadighet fremheves i spenningen mellom *fagkultur* og *administrativ kultur*. For Patologforeningen er det viktig å fokusere på et nasjonalt perspektiv for standarder innen faget.

Rollen som praktiserende patolog er i stadig utvikling. Fokus på *kvalitet* i arbeidet er viktig for den enkelte, mens *kvantitet og systemfunksjon* ofte fremheves på administrativ side. Begge forhold har betydning, og det er viktig å unngå ubalanse. *Forskning* er fundamentalt for utvikling av faget; dette er en pålagt oppgave også for foretakene, ikke bare for instituttene. Et annet forhold skal trekkes frem: *den interaktive patolog*. Dette er avgjørende fremover, at patologene er i aktiv dialog med kliniske miljøer og er med i faggrupper og sammenhenger der diskusjoner gjennomføres og avgjørelser fattes som innvirker på hvordan vårt fag utøves. Patologene er sentrale aktører, og økt synliggjøring i tiden fremover er viktig.

Internasjonalisering har betydning for faglig inspirasjon, forskning og utvikling, og DNP viderefører ordningen med reisestipend. I 2011-12 har vår andre "stipendiat" støtte til utenlandsopphold (overlege dr.med. Sonja Steigen). Nytt stipend er utlyst for 2012.

Styret har i inneværende år arbeidet med retningslinjer for *registre* og legger ved dette årsmøtet frem et dokument som gjennomgår prinsipper og praktiske retningslinjer.

Kursprogrammet er en fundamental del av foreningens kontinuerlige aktivitet. Styret er fornøyd med jevnt og godt arbeid på kursfronten. Involvering av faggruppene og samarbeid mellom ulike avdelinger er to viktige prinsipper i denne forbindelse. I 2011 ble to nye obligatoriske kurs godkjent av myndighetene: Kurs i *Klinisk molekylærpatologi* og Kurs i *Obduksjonspatologi med ikke-neoplastisk neuropatologi*. Legeforeningen har også innført et nytt obligatorisk kurs i *Sakkyndighetsarbeid* for alle spesialiteter. Når det gjelder *spesialistutdannelsen*, har Spesialitetskomitéen og Styret samarbeidet om justeringer av målbeskrivelse, prosedyrekrav, kurskrav og attestasjonsskjema. Dette fremlegges for Årsmøtet 2012.

Faggruppene er en viktig bærebjelke i foreningen. I 2011 er flere nye grupper opprettet, og ved starten av 2012 foreligger 14 grupper. Styret gjennomførte høsten 2011 et seminar med faggrupeledere og fikk mange nyttige innspill til hvordan disse kan fungere fremover. I løpet av siste 1-2 år har faggruppene arbeidet med ny versjon av *Veileder i biopsibesvarelse av maligne svulster*, som inneholder en gjennomgang av sjekklister for diagnostikk av solide svulster. Denne ble første gang utgitt av foreningen i 2000. Veilederen antas å være et viktig hjelpemiddel for å sikre mer konsistent og komplett vurdering og rapportering av maligne svulster. Dokumentet legges frem for Årsmøtet og vil deretter bli publisert på DNP's nettsider. Mange faggrupper og enkeltpersoner deltar jevnlig i Helsedirektoratets arbeid med nasjonale handlingsprogrammer, og flere deltar i Kreftregisterets arbeid med spesialregistre for ulike kreftformer.

Styret har i løpet av 2011 behandlet en lang rekke enkeltsaker som det fremgår av våre referater. To av disse skal nevnes: HPV-saken og rettsmedisin-saken. Dnlf meddelte høsten 2010 at man ønsket å opprette et utvalg for å vurdere formalisert utdanning i rettsmedisin. DNP har deltatt med to representanter, men det har vært liten fremdrift. Saken er nå videresendt til Helsedirektoratet. Den kontroversielle HPV-saken ble diskutert ved Årsmøtet 2011 og har utviklet seg videre de siste måneder. Etter Kreftregisterets evalueringsrapport har myndighetene i praksis tatt standpunkt til valg av HPV-tester.

Ved Årsmøtet 2012 er det nyvalg, og nåværende styre vil takke for seg. Vi takker for solid innsats og støtte fra en lang rekke grupper og enkeltpersoner. Arbeid for fellesskapet er fortsatt viktig.

Avslutningsvis vil vi minnes flere kolleger som har gått bort siden forrige årsmøte: Barbara Karwinski (Haukeland), Gisle Bang (Haukeland) og Kjell Elgjo (Rikshospitalet).

Bergen, 20. februar 2012

Lars A. Akslen (sign.)
Leder, Den norske patologforening

INNHOLDSFORTEGNELSE

Forord

- 1.1. Den norske patologforenings organer**
- 1.2. Øvrige utvalg, komitéer og representanter**
- 1.3. Faggrupper i patologi**

- 2.1. Foreningens medlemstall**
- 2.2. Æresmedlemmer**

- 3. Styrets aktiviteter**
 - 3.1. Referat fra styremøte 9.2.11.
 - 3.2. Referat fra styremøte 7.6.11.
 - 3.3. Referat fra styremøte 5.-6.9.11.
 - 3.4. Referat fra styremøte 7.12.11.
 - 3.5. Sammendrag av styrets aktiviteter 2010-2011

- 4. Øvrige dokumenter**
 - 4.1. Høringsuttalelser
 - 4.2. Annen korrespondanse

- 5. Rapporter**
 - 5.1. Fagutvalget
 - 5.2. Forskningsutvalget
 - 5.3. Kvalitetsutvalget
 - 5.4. IAP
 - 5.5. UEMS
 - 5.6. Spesialitetskomitéen
 - 5.7. DNPs stipend
 - 5.8. DNPs faggrupper

- 6. Årsregnskap**
 - 6.1. Årsregnskap 2011
 - 6.2. Revisjon

- 7. Referat fra Årsmøtet 2011**

- 8. Vedtekter og retningslinjer**
 - 8.1. Vedtekter for DNP
 - 8.2. Vedtekter for NFKC
 - 8.3. Arbeidsbelastningsnormer i patologi
 - 8.4. Mandater for utvalg og grupper
 - 8.5. Statutter for DNP's forskningsstipend
 - 8.6. Statutter for DNP's årsmøtepriser
 - 8.7. Retningslinjer for produksjonsdata til Årsrapport DNP
 - 8.8. Retningslinjer for refusjon av utgifter

- 9. Produksjonsdata fra landets patologiavdelinger**
Se eget vedlegg.

1.1. DEN NORSKE PATOLOGFORENINGS ORGANER

Valgt for perioden mars 2010 – mars 2012

1.1.1. Styret

Lars A. Akslen, leder	Haukeland universitetssykehus, Bergen
Wenche Reed, nestleder	Oslo universitetssykehus, Oslo
Ying Chen, kasserer	Sykehuset i Vestfold, Tønsberg
Hege Aase Sætran, sekretær	Haukeland universitetssykehus, Bergen
Ståle Sund, styremedlem	Førde sentralsjukehus, Førde
Gitta Turowski, IAP-leder	Oslo universitetssykehus, Oslo
Tor-Arne Hanssen, varamedlem	Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø

1.1.2. Fagutvalget

Ståle Sund, leder, fra styret	Førde sentralsjukehus, Førde
Peer Kåre Lilleng, fra spesialitetskomitéen	Haukeland universitetssykehus, Bergen
Birgitta Carlsen, varamedlem	Oslo universitetssykehus, Oslo
Gøril Knutsvik, varamedlem	Haukeland universitetssykehus, Bergen

1.1.3. IAP – Norwegian Branch

Gitta Turowski, leder	Oslo universitetssykehus, Oslo
Hege Aase Sætran, sekretær	Haukeland universitetssykehus, Bergen
Ying Chen, kasserer	Sykehuset i Vestfold, Tønsberg

1.1.4. Valgkomitéen

Else Marit Løberg, leder	Oslo universitetssykehus, Oslo
Aud Svindland, medlem	Oslo universitetssykehus, Oslo
Hans Kristian Haugland, medlem	Haukeland universitetssykehus, Bergen

1.2 ØVRIGE UTVALG, KOMITÉER OG REPRESENTANTER**1.2.1. Forskningsutvalget**

Wenche Reed, leder	Oslo universitetssykehus, Oslo
Karsten Gravdal, sekretær	Haukeland universitetssykehus, Bergen
Sonja Steigen	Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø
Ole Petter F. Clausen	Oslo universitetssykehus, Oslo
Sverre H. Torp	St.Olavs Hospital, Trondheim

1.2.2. Kvalitetsutvalget

Den norske patologforening har ikke hatt Kvalitetsutvalg i 2011.

1.2.3. UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes)

Nils Petter Aardal, fra DNLF, til august 2011	Haukeland universitetssykehus, Bergen
Ingunn Stefansson, fra DNLF, fra august 2011	Haukeland universitetssykehus, Bergen
Gitta Turowski, fra DNP	Oslo universitetssykehus, Oslo

1.2.4. Spesialitetskomitéen i patologi

Rune Lilleng, leder	Sykehuset Buskerud, Drammen
Runa Braun (permisjon deler av 2011)	Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø
Alice Lund (vikar for Runa Braun i 2011)	Sykehuset Buskerud, Drammen
Peer Kåre Lilleng	Haukeland universitetssykehus, Bergen
Birger F.M. Laane	Sykehuset i Vestfold, Tønsberg
Øystein Størksen	St. Olavs Hospital, Trondheim
Rolf E. Steen, varamedlem	Nordlandssykehuset, Bodø
Lars Helgeland, varamedlem	Haukeland universitetssykehus, Bergen
Ellen Berget, varamedlem	Haukeland universitetssykehus, Bergen

1.2.5. Representant i FaMe 2010-2011 (Fagmedisinske foreninger i Dnlf)

Wenche Reed, til august 2011	Oslo universitetssykehus, Oslo
Hege Aase Sætran, fra august 2011	Haukeland universitetssykehus, Bergen

1.2.6. Legeforeningens landsstyre 2010-2011 (fra Fagmedisinske foreninger)

Wenche Reed, til august 2011	Oslo universitetssykehus, Oslo
Hege Aase Sætran, fra august 2011	Haukeland universitetssykehus, Bergen

1.2.7. European Group for Molecular Pathology (European Society of Pathology)

A. Kathrine Lie	Oslo universitetssykehus, Oslo
-----------------	--------------------------------

1.2.8. Faglig råd for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft

Ying Chen	Sykehuset i Vestfold, Tønsberg
-----------	--------------------------------

1.2.9. Nasjonal rådgivningsgruppe i Mammografiprogrammet

Lars A. Akslen	Haukeland universitetssykehus, Bergen
----------------	---------------------------------------

1.2.10. Mammografiprogrammets patologi-gruppe

Kjell Kjellevoid	Stavanger universitetssykehus, Stavanger
Lars A. Akslen	Haukeland universitetssykehus, Bergen
Wenche Reed	Oslo universitetssykehus, Oslo
Peter Blom	Akershus universitetssykehus, Oslo
Jon Lømo	Oslo universitetssykehus, Oslo

1.2.11. Representant Gynekologisk kreftregister

G. Cecilie Alfsen	Akershus universitetssykehus, Oslo
-------------------	------------------------------------

1.2.12. Representant Norsk Brystkreftregister

Lars A. Akslen (styremedlem)	Haukeland universitetssykehus, Bergen
------------------------------	---------------------------------------

1.2.13. Norsk Nyrebiopsiregister

Harald Aarset	St. Olavs Hospital, Trondheim
---------------	-------------------------------

1.2.14. Representant NordiQC

Jan Klos	Stavanger universitetssykehus, Stavanger
----------	------------------------------------------

1.2.15. Nettredaktør DNP

G. Cecilie Alfsen	Akershus universitetssykehus, Oslo
-------------------	------------------------------------

1.2.16. Norsk APMIS-redaktør

Lars A. Akslen	Haukeland universitetssykehus, Bergen
----------------	---------------------------------------

1.2.17. Medarbeidere i Tidsskriftet (fra Tidsskriftets nettside 22.2.2012)

Steinar Aase	Fylkeslegen i Telemark, Skien
Aasmund Berner	Oslo universitetssykehus, Oslo
Christian Lycke Ellingsen	Stavanger universitetssykehus, Stavanger
Ole Didrik Lærum	Universitetet i Bergen

1.2.18. Ad hoc grupper

Arbeidsgruppe for formalisert utdanning og kompetanse i rettsmedisin

G. Cecilie Alfsen	Akershus universitetssykehus, Oslo
Harald Aarset	St. Olavs hospital, Trondheim

Helsedirektoratets arbeidsgruppe for cervixprøver

Olav K. Vintermyr	Haukeland universitetssykehus, Bergen
-------------------	---------------------------------------

1.3. FAGGRUPPER I PATOLOGI**1.3.1. Faggruppe for Mammapatologi**

Elin Mortensen, leder	Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø
Per Bøhler	Rikshospitalet-Radiumhospitalet, Oslo
Torill Sauer	Oslo universitetssykehus, Oslo
Marianne Brekke	St. Olavs Hospital, Trondheim
G. Peter Blom	Akershus universitetssykehus, Oslo
Lars A. Akslen	Haukeland universitetssykehus, Bergen
Jan Baak	Stavanger universitetssykehus, Stavanger

1.3.2. Faggruppe for Gastrointestinal patologi

Solveig Nordheim Andersen, leder	Akershus universitetssykehus, Oslo
Else Marit Løberg	Oslo universitetssykehus, Oslo
Susanne Buhr Wildhagen	Stavanger universitetssykehus, Stavanger
Sonja Steigen	Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø
Patricia Mjønes	St. Olavs Hospital, Trondheim
Sabine Leh	Haukeland universitetssykehus, Bergen

1.3.3. Faggruppe for Urologisk patologi

A. Kathrine Lie, leder	Oslo universitetssykehus, Oslo
Ole Johan Halvorsen	Haukeland universitetssykehus, Bergen
Tor-Arne Hansen	Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø
Aud Svindland	Aker universitetssykehus, Oslo
Trond Viset	St. Olavs Hospital, Trondheim

1.3.4. Faggruppe for Molekylær patologi

A. Kathrine Lie, leder	Oslo universitetssykehus, Oslo
Lill-Tove Busund	Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø
Harald Aarset	St. Olavs Hospital, Trondheim
Olav Vintermyr	Haukeland universitetssykehus, Bergen

1.3.5. Faggruppe for Melanocytisk patologi

Lars A. Akslen, leder	Haukeland universitetssykehus, Bergen
Trine Brevik	Oslo universitetssykehus, Oslo
Ole Petter F. Clausen	Oslo universitetssykehus, Oslo
Harald Aarset	St. Olavs Hospital, Trondheim
Sonja Steigen	Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø

1.3.6. Faggruppe for Hematopatologi

Jan Delabie, leder	Oslo universitetssykehus, Oslo
Lars Uhlin-Hansen	Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø
Jan Klos	Stavanger universitetssykehus, Stavanger
Harald Aarset	St. Olavs Hospital, Trondheim
Lars Helgeland	Haukeland universitetssykehus, Bergen

1.3.7. Faggruppe for Lunge- og ØNH patologi

Elin Richardsen, leder	Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø
Friedemann Leh	Haukeland universitetssykehus, Bergen
Sissel Wahl	St. Olavs Hospital, Trondheim
Peter Jebsen, til august 2011	Oslo universitetssykehus, Oslo
Svetlana Tafjord, fra desember 2011	Oslo universitetssykehus, Oslo

1.3.8. Faggruppe for Gynekologisk patologi

Ben Davidson, leder	Oslo universitetssykehus, Oslo
Bjørn Inge Bertelsen	Haukeland universitetssykehus, Bergen
Anne Britt Abusland	St. Olavs Hospital, Trondheim
Anne Ørbo	Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø

1.3.9. Faggruppe i Perinatalpatologi og placenta

Gitta Turowski, leder	Oslo universitetssykehus, Oslo
Borghild Roald	Oslo universitetssykehus, Oslo
Aage Erichsen	Oslo universitetssykehus, Oslo
Christina Vogt	St. Olavs Hospital, Trondheim
Karin Collet	Haukeland universitetssykehus, Bergen
Tor Arne Hanssen	Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø
Ricardo Laurini	Sentralsykehuset i Nordland, Bodø
Ståle Sund	Førde sentralsykehus, Førde
Hege Urdal	Stavanger universitetssykehus

1.3.10. Faggruppe for Ben- og bløtvevspatologi

Bodil Bjerkehagen, leder	Oslo universitetssykehus, Oslo
Trond Viset	St. Olavs Hospital, Trondheim
Hans Kristian Haugland	Haukeland universitetssykehus, Bergen
Vidar Isaksen	Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø

1.3.11. Faggruppe for Nevropatologi

David Scheie	Oslo universitetssykehus, Oslo
Sverre H. Torp	St. Olavs Hospital, Trondheim
Hrvoje Miletic	Haukeland universitetssykehus, Bergen
Sigurd Lindal	Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø

1.3.12. Faggruppe for Ikke-neoplastisk nyrepatologi

Erik Strøm	Oslo universitetssykehus, Oslo
Harald Aarset	St. Olavs Hospital, Trondheim
Leif Bostad	Haukeland universitetssykehus, Bergen
Tor-Arne Hanssen	Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø

1.3.13. Faggruppe for Hudpatologi (unntatt melanocytisk patologi)

Magnus Røger	Oslo universitetssykehus, Oslo
Harald Aarset	St. Olavs Hospital, Trondheim
Lisbet Sviland	Haukeland universitetssykehus, Bergen
Silje Fismen	Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø

1.3.14. Faggruppe for Obduksjonspatologi

G. Cecilie Alfsen, leder	Akershus universitetssykehus, Oslo
Jan Mæhlen	Oslo universitetssykehus, Oslo
Ivar Nordrum	St. Olavs Hospital, Trondheim
Bjørn Bertelsen	Haukeland universitetssykehus, Bergen
Vidar Isaksen	Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø
Christian Lyche Ellingsen	Stavanger universitetssykehus

2.1. FORENINGENS MEDLEMSTALLStatusrapport for: **Den norske patologforening**Dato for datauttrekk: **01.02.2012**Forening nr: **202****1: Medlemskategori / aldersgruppe:**

Assosierte medlemmer vises, men telles ikke med i total

	Godkj spes.	Ikke spes.	Pensj <75 år	Pensj 75 år +	Ass medl.	Student	TOTAL:
< 30 år		3					3
30 - 39 år	21	39			1		60
40 - 49 år	55	9			1		64
50 - 59 år	70	3					73
60 - 66 år	42	3	2				47
67 - 69 år	8		7				15
70 - 74 år			9	2			11
>= 75 år				31			31
TOTAL	196	57	18	33	2		304

2: Medlemskategori / kjønn:

Assosierte medlemmer vises, men telles ikke med i total.

	Godkj spes.	Ikke spes.	Pensj <75 år	Pensj 75 år +	Ass medl.	Student	TOTAL:
Kvinner	94	43	9	8	1		154
Menn	102	14	9	25	1		150
TOTAL	196	57	18	33	2		304

3: Aldersgruppe / kjønn:

	Mann	Kvinne	TOTAL:
< 30 år		3	3
30 - 39 år	17	43	60
40 - 49 år	24	40	64
50 - 59 år	37	36	73
60 - 66 år	32	15	47
67 - 69 år	10	5	15
70 - 74 år	7	4	11
>= 75 år	23	8	31
TOTAL	150	154	304

Statusrapport for: **Den norske patologforening**

Dato for datauttrekk: 01.02.2012

Forening nr: 202

4: Yrkesforening - lokalforening, kryss

Opptellingen inkluderer ikke assosierte medlemmer

	Af	LVS	Namf	Of	LSA	PSL	Ylf	Total
Østfold lægeforening				9			2	11
Akershus legeförening				10		1	3	14
Oslo legeförening		15		75		3	13	106
Oppland legeförening				4			3	7
Buskerud legeförening				11			5	16
Vestfold legeförening				7			2	9
Telemark legeförening				6	1		1	8
Vest-Agder legeförening				6			2	8
Rogaland legeförening				16			3	19
Hordaland legeförening		5		23			10	38
Sogn og Fjordane legeförening				3			1	4
Møre og Romsdal legeförening				4			1	5
Sør-Trøndelag lægeförening		5		12			10	27
Nord-Trøndelag legeförening							1	1
Nordland legeförening				6			1	7
Troms legeförening		3		15			3	21
Medlemmer i utlandet				3			1	4
TOTAL		28		210	1	4	61	304

Statusrapport for: **Den norske patologforening**

Dato for datauttrekk: 01.02.2012

Forening nr: 202

7: Godkjente spesialister i

	Yrkesaktiv	Pensj <= 75 år	Pensj >75 år	Total
1 Generell kirurgi			1	1
1 Fødselshjelp og kvinnesykdommer	1			1
2 Indremedisin			1	1
5 Anestesiologi	2			2
5 Medisinsk mikrobiologi	1	1		2
5 Patologi	194	17	28	239
6 Psykiatri	1			1

2.2. ÆRESMEDLEMMER

Navn	Oppnevnt	
Aagot Christie Løken	1983	1911 - 2007
Bjarne Reidar Eker	1983	1903 - 1996
Leiv Kreyberg	1983	1896 - 1984
Thorvald Stokke	1983	1910 - 1995
Erik Waaler	1983	1903 - 1997
Kristen Arnesen	1988	1918 - 2005
Olav Hilmar Iversen	1988	1923 - 1997
Fredrik Skjørten	1988	1927
Rolf Gundersen	1993	1936 - 2004
Leif Jørgensen	1995	1926
Anna Elisabeth Stenwig	1998	1936
Per Brandtzæg	1998	1936

3. STYRETS AKTIVITETER

3.1. Referat fra styremøte 9.2.11

Tilstede: Lars A. Akslen, Wenche Reed, Ying Chen, Ståle Sund, Gitta Turowski, Hege Aase Sætran

Sak 1/11 **Godkjenning av sakliste og innkalling.**
Godkjent uten merknader.

Sak 2/11 **Godkjenning av referat fra styremøte 1.12.10.**
Godkjent uten merknader.

Sak 3/11 **Orienteringssaker:**

Høring: Invitasjon til å fremme kandidater til Akademikerprisen 2011. Frist 20.3.11. Det fremkom ingen forslag til kandidater fra styret.

Høring: Forslag til Prinsippprogram og Arbeidsprogram. Frist 1.3.11. Styret fant ikke grunnlag for uttalelse fra DNP.

Høring: Tilpasning til klima i endring. Frist 28.2.11. Styret fant ikke grunnlag for uttalelse fra DNP.

Landsstyresak: Forslag til endring av spesialistreglene i psykiatri. Frist 25.2.11. Styret fant ikke grunnlag for uttalelse fra DNP.

Høring: Standardisering av IT løsninger i helsesektoren. Frist 31.1.11. Styret fant ikke grunnlag for uttalelse fra DNP.

Høring: Tiltak for å redusere antall midlertidige tilsetninger. Frist 31.1.11. Styret fant ikke grunnlag for uttalelse fra DNP.

Høring: Helsehjelp til personer som oppholder seg ulovlig i landet. Frist 31.1.11. Styret fant ikke grunnlag for uttalelse fra DNP.

Rapport fra Helsetilsynet: Risikobildet av norsk kreftbehandling (Ying).
Patologi og radiologi kommer dårlig ut. Kan DNP og patologimiljøet ta tak i dette, og muligens jobbe for å øke økonomiske midler til patologimiljøet?

Orientering fra Forskningsutvalget (Wenche).
Kort gjennomgang av FUs Årsrapport, og møte i FU 2.2.11.
Videre vil FU jobbe med oppfølging av tidligere undersøkelse av biobankvirksomhet og forskningsaktivitet ved landets patologiavdelinger, og følge opp nettsiden med fokus på forskning og intervjuer.

Rapport om Biomedisin (Wenche).

FU har laget et notat til styret om Dnlfs rapport om Biomedisin, med vekt på konsekvenser for patologifaget. Dette er momenter som bør være med i et strategidokument i patologi.

Arbeid med retningslinjer for obduksjon.

C. Alfsen har sendt søknad om å få dekket kostnader til leie av møterom for en obduksjonsworkshop i tilknytning til Årsmøtet 2011. Lars har på vegne av styret gitt tilsagn på midler til møterom. Styret vil støtte arbeid med en obduksjonsveileder.

Statusrapport fra Dnlf.

Pr 4.1.2011 er antall medlemmer i DNP 301.

Jubileumsfeiring av Frøydis Langmark.

Lars, Wenche og Ying var tilstede. Lars holdt en god tale på vegne av DNP. Ny direktør i Kreftregisteret er Giske Ursin, hun vil gjerne delta på et styremøte i DNP. Dette vil styret planlegge.

Henvendelse fra B. Isfoss.

Isfoss er bekymret for fallende obduksjonsfrekvens i norske sykehus. Styret vil videresende denne henvendelsen til obduksjonsworkshop i regi av C. Alfsen.

Sak 4/11 Standardisering av biopsibesvarelsen.

I arbeidet med ny Veileder for biopsibesvarelsen er kun ett kapittel kommet inn til styret før styremøtet (fra Norsk Gynekologisk Cancergruppe). Arbeidet går sent. Styret vil gå inn for å få veilederen mest mulig ferdig i inneværende kalenderår, for fremleggelse til Årsmøtet 2012. Inkomne kapitler skal gjennomgås av styret.

Sak 5/11 Strategi i patologi.

Styret ønsker å lage et overordnet strategidokument som omfatter viktige dokumenter utarbeidet av DNP, som Biobank og forskningssamarbeid, muligens også handlingsplan for patologi i fremtiden. Styret diskuterte mulig innhold og organisering av strategidokument. Det vil bli arbeidet videre med denne saken i kommende styremøter.

Praktiske løsninger for Biobank:

Dokument utarbeidet av Wenche/forskningsutvalget var utsendt i forkant av møtet. Der kom innspill som vil bli inkorporeret før dokumentet legges frem for tilslutning på Årsmøtet 2011.

Registre:

Dokument utarbeidet av Wenche ble diskutert. Det er ikke sannsynlig at man har et ferdig dokument å legge frem for Årsmøtet 2011. Realistisk mål er å ferdigstille et dokument til Årsmøtet 2012. Hver og en i styret skal komme med skriftlige innspill til Wenche før videre behandling av dokumentet i kommende styremøter.

Sak 6/11 Kollektivt medlemskap i ESP.

Styret finner ikke tungtveiende grunner for å gå inn for kollektivt medlemskap i ESP, fordelene virker kun marginale i forhold til de vanlige fordeler man har som enkeltmedlem. Kollektivt medlemskap vil medføre betydelig ekstra administrativt arbeid for styret.

DNPs medlemmer er i dag kollektivt innmeldt i IAP og UEMS, til en svært beskjeden medlemsavgift.

Hege har forsøkt flere ganger å formidle til sekretær i ESP at dersom de ønsker kontakt med et nasjonalt patologimiljø i Norge, så må denne kontakten gå gjennom DNP. Hege vil gjenta forsøk på kontakt med ESP/sekretær i ESP slik at man kan få vite hva som ble vedtatt på møte i ESP der denne saken var oppe.

Sak 7/11 NEKLAB og KITH

NEKLAB er et kodeverk utarbeidet i forbindelse med nasjonalt meldingsløft. Kodeverket synes å komme uansett, og styret mener at det bør være med en patolog i arbeidet med kodeverk for patologi. Styret vil jobbe med å finne en kandidat til dette vervet.

Sak 8/11 Status for arbeid med HPV

Ying orienterte om utvikling siden forrige styremøte. Takster for HPV-test er inntil videre ikke fjernet.

Sak 9/11 Patologers rolle ved innføring av nye parametre ved biopsibesvarelser.

Lars har laget et utkast til dokument som ble diskutert. Lars ønsket også innspill pr e-post, og vil prøve å få dokumentet klart for fremleggelse for Årsmøtet 2011.

Sak 10/11 Utvalg i DNP.

Alle medlemmene i kvalitetsutvalget har meldt at de fratrer sine verv, og det er behov for et nytt kvalitetsutvalg. Styret vil få med at utvalget også skal jobbe med akkreditering og koder.

Vedtatt: Lars og Hege lager utkast til utvidet mandat, der koder og akkreditering også inkluderes, for Årsmøtets tilslutning 2011. Nytt utvalg kan oppnevnes når nytt mandat er vedtatt.

Sak 11/11 Årsmøtet DNP 2011.

Utkast til sakliste ble diskutert og justeret.

Sak 12/11 Økonomi.

DNP har kr 1.362.000,- på konto. DNP mottok i 2010: ca 36.000,- i renter. Budsjett til 2011 skal være klart til Årsmøtet.

Lars foreslo å utlyse stipend for forskning og fagutvikling for 2012 også.

Vedtatt: Styret slutter seg til forslaget.

Ying foreslo at DNP går til innkjøp av mentometerknapper til bruk ved møter og kurs. Styret er positive til forslaget og Ying vil komme tilbake med et konkret forslag.

Eventuelt.

Lars meldte to saker:

1. Justering av statutter for reisestipend slik at det åpnes for at deler av stipendet kan brukes til reise og opphold for kandidatens familie.

Vedtak: Styret slutter seg til forslaget. Lars og Hege lager forslag til endrede statutter for fremlegging på Årsmøtet 2011.

2. Justering av statutter for forskningspris. Det bør være påmeldt et visst antall bidrag , f.eks 5 foredrag, for at prisen skal utdeles.

Vedtak: Styret slutter seg til forslaget. Lars lager forslag til endrede statutter for fremlegging på Årsmøtet 2011.

Bergen 1.6.11

Lars A. Akslen (sign.)
Leder DNP

Hege Aase Sætran (sign.)
sekretær DNP

3.2. Referat fra styremøte 7.6.11

Tilstede: Lars A. Akslen, Ying Chen, Gitta Turowski, Ståle Sund, Hege Aase Sætran, Wenche Reed (ikke tilstede under sak 13/11-18/11)

Sak 13/11 Godkjenning av saksliste og innkalling.
Godkjent uten merknader.

Sak 14/11 Godkjenning av referat fra styremøte 9.2.11.
Godkjent etter mindre justeringer.

Sak 15/11 Foreløpig godkjenning av referat fra Årsmøtet 18.3.11
Foreløpig godkjent uten merknader. Godkjennes endelig av Årsmøtet 2012.

Sak 16/11 Orienteringssaker:
Mengden hørings saker er sterkt økende. Styret/leder og sekretær vil vurdere hvilke høringer som kan være relevante for DNP og kun inkludere disse i sakslisten til fremtidige styremøter.

Høring: Policynotat om helseregistre. Frist 27.5.11.
Høringsnotat innsendt.

Høring: Utkast - Polycynotat om rekruttering og kjønnsbalanse i spesialitetene. Frist 23.5.11.

Styret finner ikke grunnlag for egen uttalelse fra DNP.

Høring - rapport om pasienter og pårørendes rolle i tilsynssaker. Frist 1.8.11.

Styret finner ikke grunnlag for egen uttalelse fra DNP.

Referat fra Dnlfs landsstyremøte 2011 (Wenche).

Wenche refererte kort (tatt opp etter sak 18/11) fra aktuelle saker som ble tatt opp:

- veileder i tilsynssaker
- prinsippprogrammet for Dnlf
- kontingentfordelingsmodellen
- dagens turnustjenste omgjøres til søknadsbasert basistjeneste
- presidentvalg
- resolusjon vedrørende nasjonal sykehusplan og definisjon av lokalsykehus
- bekymring for samhandlingsreformen
- god kvalitet i pasientbehandling
- styrking av alders- og sykehjemsmedisin

Orientering fra FaMe-møte i forkant av landsstyremøtet:

- valg av nytt FaMe.

- DNP skal nominere kandidat og vara fra DNP til FaMe:

Wenche stiller som kandidat fra DNP. Styret støtter enstemmig Wenches kandidatur.

Referat fra møte i UEMS ved Gitta.

Referat fra møtet, fra N. P. Aardal og Gitta, var utsendt med sakspapirene.

Generelt ønsker UEMS å beholde en bred basisutdanning. Subspesialisering bør foregå etter at en generell spesialistutdanning er gjennomført.

Patologer bør ivareta molekylærpatologiske undersøkelser, basert på histologisk grunnlag.

I Europa er andel private laboratorier sterkt økende, og disse trekker til seg ferdige spesialister og flere av disse er også godkjent for utdanning av spesialistkandidater. De store offentlige avdelingene og universitetene lider under tap av kompetanse.

For DNP bør dette medføre at man jobber videre for synliggjøring av patologifaget, bedre rolleforståelse og det å gjøre faget mest mulig attraktivt for dyktige kolleger.

Neste UEMS møte er planlagt i Helsinki høsten 2011.

Sertifisering av Rettsmedisinere.

Arbeidsgruppe er oppnevnt av Dnlf. Leder av utvalget er Arne Stray-Pedersen fra Norsk rettsmedisinsk forening. Arbeidsgruppens mandat er å vurdere ulike modeller for formalisering av utdanning og kompetanse i rettsmedisin. Styret tar dette til etterretning.

DNP har to representanter, Alfsen og Aarset.

Henvendelse fra R. Bjugn angående veileder for obduksjon av fostre.

Lars har mottatt henvendelse fra R.Bjugn, Å.Vege og Aa.Erichsen der det etterlyses informasjon om henvendelse til DNP fra Helsebiblioteket om publisering på Helsebibliotekets nettsider evaluering av Veileder for obduksjon av fostre og barn. Det angitte brev fra Helsebiblioteket ble ikke mottatt av leder (brevet var feiladressert) da det ble utsendt i 2008. Helsebiblioteket er kontaktet, og man fikk vite at den omtalte Veileder, og evaluering av denne, er lagt ut på deres nettsider. På Helsebiblioteket finnes også andre veiledere som omhandler emner i patologi, som lymfom.

Hege vil undersøke hvilke rutiner som finnes for publisering av Veiledere og andre dokumenter, og evaluering av disse, på Helsebibliotekets nettsider.

Kurs i forbindelse med Årsmøtet i Bergen 2012.

Styret har mottatt en henvendelse fra avdelingsleder Sviland ved Haukeland angående hvilke kurs som bør arrangeres i tilknytning til Årsmøtet i Bergen 2012. Det foreslåtte kurs i forskning i patologi vil ikke inkludere snittseminar, og Sviland foreslår derfor et kurs i neoplastisk lungepatologi, som inkluderer snittseminar.

Det er ikke i DNPs vedtekter nedfelt retningslinjer som sier at det alltid skal være kurs med snittseminar i tilknytning til Årsmøtet, og dette har heller ikke vært tradisjon.

Styret støtter enstemmig det opprinnelige forslag til kurs, som også var oppført i kursplanen som ble fremlagt på Årsmøtet 2011. Lars vil formidle svaret til Sviland.

Styret vil videre oppfordre avdelingene som skal arrangere Årsmøter om å ha klart forslag til kurs, klarert med Fagutvalget, minst ett år i forveien.

Status for søknad om endrede kurskrav i patologi.

Saken er under behandling i Helsedirektoratet, og vil forhåpentligvis være ferdigbehandlet før sommeren 2011.

Oppnevning av medlem til prosjektstyre for Norsk Bryst Cancer Register.

Lars er av styret oppnevnt som medlem til denne gruppen. Første styremøte var 6.6.11, og arbeidet er i oppstartfasen. Lars orienterte om saker som ble drøftet på dette møtet.

Blant disse var elektronisk overføring av remisser til Kreftregisteret, som erstatning for papirdokumentene som i dag sendes. Det ble ikke funnet grunnlag for å jobbe videre med elektronisk templat for besvarelser av mammapreparater. Lars vil ha synspunkt på om DNP, i samarbeid med Kreftregisteret, kan sende brev til sykehusene om at vi støtter elektronisk overføring av remisser som erstatning for dagens papirbaserte oversendelse av remisser. Ying mener at DNP må undersøke at alle formelle forhold, som godkjenning fra Datatilsynet, er på plass, før vi sender et slikt brev. Ståle påpeker at elektronisk overføring av remisser er i tråd med pågående prosesser i forbindelse med meldingsløftet.

Vedtak: Styret støtter en felles henvendelse fra DNP og Kreftregisteret til sykehusene om at vi støtter elektronisk overføring av remisser som erstatning for dagens papirbaserte oversendelse av remisser.

Det arbeides med å utarbeide statutter for registeret, der man også tar med forhold som omhandler publikasjoner basert på data generert fra patologiavdelinger. Offentlighet og transparens angående patologidata, delt inn etter avdelinger, ble også diskutert. Dette vil bli tatt opp som en egen sak i DNP.

Statusrapport for DNP - medlemstall.

Taes til etterretning.

Sak 17/11 Strategiarbeid i DNP.

Strategidokument; utkast er ikke klart.

Strategiseminar; ulike modeller har vært diskutert.

Et forslag har vært å invitere lederne for alle faggruppene, forskningsutvalget, et nytt kvalitetsutvalg, og eventuelt også leder av NFKC, til et seminar tidlig på høsten 2011.

Møte med leder av Kreftregisteret, Giske Ursin, har også vært diskutert.

Styret stiller seg positive til dette.

Aktuelle tema kan være arbeid med Veileder for biopsibesvarelse, faggruppens funksjon i DNP, fremtidig arbeid og strategi i DNP, forskning i patologi, kvalitetssikring i patologi.

Site visit; besøk til Danmark for å se på biobankvirksomhet har vært diskutert.

Kan muligens bli aktuelt høsten 2011.

Sak 18/11 Faggrupper i DNP.

Justeringer og nyoppnevnelser.

Det er varierende hvor godt de ulike faggrupper fungerer. En gruppe (Lunge og ØNH) er enda ikke konstituert. Ett av medlemmene i denne gruppen har meddelt

at hun trekker seg (Anne Britt Abusland). Styret må undersøke om de andre medlemmene i denne gruppen fortsatt er aktuelle, eller om man bør få inn andre kandidater. Lars og Hege vil undersøke denne saken videre og komme med forslag til ny sammensetning av gruppen til neste styremøte.

Aktuelle nye grupper som tidligere har vært diskutert: ben- og bløtvevspatologi, nevropatologi, ikke-neoplastisk nyrepatologi, ikke-neoplastisk hudpatologi, obduksjonspatologi.

Vedtak: Styret vedtar å opprette de fem foreslåtte faggrupper. For obduksjonspatologi sendes henvendelse G.Cecilie Alfsen der man ber om forslag til en gruppe som består av fem medlemmer, der det tas hensyn til prinsipper for sammensetning av faggrupper i patologi, med medlemmer fra alle helseregioner. For de øvrige gruppene sendes henvendelse til lederne av de store avdelingene i alle helseforetak, der man ber om forslag til medlemmer av hver av de ulike gruppene.

Sak 19/11 Veileder for biopsibesvarelser.

Utkast til veileder er mottatt fra faggruppe for gynekologisk patologi og fra faggruppe for gastrointestinal patologi.

DNP må vurdere å gi oppdraget til andre enn faggruppene dersom de ikke kan levere innen en gitt, absolutt frist. Styret må be faggruppene om en snarlig bekreftelse på om gruppene tar oppdraget, og sette en frist for dette. Ved manglende levering innen fristen går oppdraget til andre ressurspersoner.

Sak 20/11 Kvalitetsutvalg i DNP.

Aktuelle kandidater er ikke forespurt. Saken utsettes. Målsetningen er å oppnevne et utvalg i forkant av kommende styremøte 5.9.11.

Sak 21/11 NEKLAB .

Etter gjentatte henvendelser fra Helsedirektoratet har Ying i mai 2011 deltatt på to møter om NEKLAB.

1. juli 2011 skal koder for laboratorieanalyser, inkludert patologi, overleveres til Helsedepartementet, før forslaget sendes ut på høring til landets patologiavdelinger. Den fulle hensikten med kodene er ikke helt klar for styret. Til styremøtet ble det oversendt oppdatert liste over forslag til brede kodegrupper. Listen ble gjennomgått, styret kom med mindre endringer. Ying sender revidert forslag til styret før det sendes til Helsedirektoratet. Styret mener at saksbehandling av NEKLAB/kodeproblematikk i fremtiden bør behandles av DNPs kvalitetsutvalg (med utvidet mandat vedtatt av Årsmøtet 2011).

Sak 22/11 Revisjon av prosedyrekrav for spesialiteten.

Felles møte med Spesialitetskomitéen i patologi.

Tilstede:

Fra DNP: Lars A. Akslen, Wenche Reed, Ståle Sund, Ying Chen, Gitta Turowski, Hege Aase Sætran

Fra Spesialitetskomitéen: Rune Lilleng, Birger Laane, Rolf Steen, Alice Lund, Øystein Størkersen, Lars Helgeland.

Dnlf har bedt om en gjennomgang av spesialitetskravene og attestasjonsskjema for patologi. Frist 15.12.11.

Spesialitetskomitéen har fått oppdraget fra Dnlf, og er bedt om å involvere den fagmedisinske forening. Godkjenning av spesialister skal overføres fra Dnlf til Helsedirektoratet, og det er usikkert om Dnlf vil ha en rolle i dette arbeidet videre. Derfor er det viktig at attestasjonsskjema inneholder alle elementer i spesialistutdanningen, slik at man enkelt kan se om kandidaten har oppfylt målbeskrivelsen.

Aktuelle oppgaver og fordeling av disse:

Prosedyrekrav: Lars H, Hege, Alice, Ying, Birger

Innhold i utdannelsen/Attestasjonsskjema (m/u signering?): kommer når de andre punktene er på plass.

Målbeskrivelsen: Rune, Ståle, Øystein og Wenche

Kurs/kurskrav: Rolf, Gitta, Peer

Neste møte 5. september. Styret sender ut innkalling når sted er valgt.

Sak 23/11 Arkiv - Min Side.

Min side kan fungere som tilfredsstillende teknisk løsning i forbindelse med elektronisk arkiv for DNP. Til neste styremøte skal Hege utarbeide forslag til prinsipper og struktur for arkivløsning (organisering og innhold).

Sak 24/11 Kvalitetsdokument for cervixscreening.

Etter styrets kommentarer har NFKC bearbeidet dokumentet og oversendt nytt utkast for behandling av styret i DNP. Styret kan ikke se at dokumentet er endret i tråd med de innspill som styret kom med. Styret vil be om enda et nytt utkast der styrets synspunkt fremkommer. NFKC er ikke en selvstendig organisasjon i Dnlf, men en underforening av DNP. NFKC kan dermed ikke sende ut et slikt dokument uten at dokumentet er godkjent av DNP.

Vedtak: Lars og Hege vil lage et utkast til brev til leder av NFKC med styrets synspunkt. Brevet sirkuleres til styret før det oversendes NFKC.

Sak 25/11 Høring: HPV test i cervix sekundærskanning, frist 21.6.11.

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt til Høring: Forskrift om utgifter til poliklinisk helsehjelp og forskrift til dekning av laboratorieutgifter vedrørende HPV test i cervix sekundærskanning, der forskriften formuleres slik at HPV mRNA test ikke vil fylle kravene til godkjent test. Siden forrige høringsrunde er det ikke fremkommet nye medisinske fakta, men saken behandles på ny grunnet saksbehandlingsfeil i forrige høringsrunde.

Blant patologer i Norge er synet delt når det gjelder hvilken test som er best for formålet.

Styret har tidligere sendt hørings svar der det anbefales at begge tester beholdes til Kreftregisteret har evaluert de norske resultatene.

Vedtak: Lars og Hege sender hørings svar til sirkulering i styret før det sendes til Helse- og omsorgsdepartementet.

Sak 26/11 Søknad til DNPs stipend for forskning og fagutvikling.

En søknad er innkommet innen fristen. Sonja Steigen har sendt søknad som fyller kriteriene, totalt søknadsbeløp er kr 195.000,-

Vedtak: Styret bevilger kr 100.000,- i stipend til Sonja Steigen.

Det fremkom spørsmål om stipend som brukes til dekning av utgifter til livsopphold (strøm, leie) er skattepliktig for mottager, og om DNP må betale arbeidsgiveravgift på disse beløpene. Dette vil Ying og Hege undersøke ytterligere til neste styremøte, uavhengig av søknaden til Sonja Steigen. Wenche vil undersøke med andre foreninger hvilke erfaringer og statutter de har for sine stipend.

Sak 27/11 Søknad fra NFKC om økonomisk støtte til strategiseminar.

NFKC har søkt om økonomisk støtte på kr 25.000,- til strategiseminar i foreningen, der det skal jobbes med et strategidokument.

Styret er usikker på om NFKC er en forening som best ivaretar cytopatologers interesser, særlig siden de fleste av medlemmene ikke er patologer, men bioingeniører/screenere. Kanskje man i stedet burde hatt en faggruppe for cytologi etter samme modell som andre faggrupper i DNP.

Vedtak: Søknaden støttes med kr 25.000,- .

Styret i DNP vil formidle til NFKC at DNP ønsker synspunkter og innspill på fremtidig organisering og tilhørighet av cytologifaget i relasjon til DNP.

Sak 28/11 Investering i Mentometersystem til bruk ved kurs.

System med 50 brukere koster ca kr 25.000,- Man bør kjøpe utstyr til 100 brukere for å dekke behovet ved kurs. Total kostnad blir i overkant av kr 50.000,-

Vedtak: DNP går til innkjøp av mentometerutstyr til 100 brukere. Ying besørger innkjøp av utstyret.

Sak 29/11 Økonomi.

Engasjementsbrev fra revisor; styret tar dette til orientering. Styret vil undersøke om det er mulig å unngå utgifter til revisor med den begrunnelse at DNP er en liten forening med et beskjedent regnskap.

Betaling av styrets medlemskap i ESP; heretter skal styrets medlemmer selv betale tilsendt faktura , og får deretter beløpet refundert av kasserer.

Kontingentsatser for assosierte medlemmer; DNP har to assosierte medlemmer. Kontingenten beholdes uendret.

Kontingentfordelingsmodellen - nærmere redegjørelse; beholdes uendret for 2012. Fra 2013 blir beløpet sannsynligvis redusert. Styret tar dette til etterretning inntil videre.

Eventuelt.

Bergen 9.6.11

Lars A. Akslen (sign.)
Leder DNP

Hege Aase Sætran (sign.)
Sekretær DNP

3.3. Referat fra styremøte 5.-6.9.11

Tilstede: Ying Chen, Ståle Sund, Gitta Turowski, Wenche Reed, Lars A. Akslen, Hege Aase Sætran

Sak 30/11 Godkjenning av saksliste og innkalling.

Godkjent uten merknader

Sak 31/11 Godkjenning av referat fra styremøte 7.6.11.

Referatet godkjent.

Wenche ønsker at referatene blir utsendt så snart som mulig etter møtet.

Sak 32/11 Orienteringssaker:

Høring: NOU 2011:6 Et åpnere forskningssystem. Frist 30.9.11

Wenche skal vurdere om dette er en sak DNP bør uttale seg om.

Høring: Etablering av Norsk helsearkiv og Helsearkivregisteret. Frist 30.9.11.

Wenche skal vurdere om dette er en sak DNP bør uttale seg om.

Høring: Etablering av nasjonal kjernejournal. Frist 30.9.11.

Styret finner ikke grunnlag for egen uttalelse fra DNP.

Høring: [Samhandlingsreformen - forskriftsendringer og nye forskrifter](#) .

Frist 9.9.11.

Styret finner ikke grunnlag for egen uttalelse fra DNP.

Høring: Rapport om seneffekter av kreftbehandling. Frist 9.9.11.

Styret finner ikke grunnlag for egen uttalelse fra DNP.

Høring: Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av lungekreft. Frist 28.8.11.

Høringssvar innsendt. DNP er kritisk til at patologer ikke er med i utarbeidelse av handlingsprogrammet.

Beskatning av stipend for utenlandsopphold (Lars/Ying).

Dokumenterte merutgifter utløser ikke skatteplikt, men dersom det blir et "overskudd" (ikke dokumenterbare utgifter eller behov) av stipendet vil det utløste skatte- og avgiftsplikt. Utgifter sannsynliggjort på forhånd vil vanligvis ikke være skatte- og avgiftspliktige. Noen land har avtalt fritak, som USA. Ut fra dokumentasjon og råd som gjelder for andre stipend finner ikke styret grunn for å aktivere skattetrekk eller arbeidsgiveravgift. DNP har i sine retningslinjer at utgifter fortrinnsvis utbetales mot kvittering, eller inntil 50 % kan utbetales som forskudd ved behov. Reiseregning leveres ved reisens slutt.

Innkjøp av mentometersystem, rutiner for utlån (Ying).

Ying ønsker støtte fra en person med IKT kompetanse for å vurdere hvilket mentometersystem som kan være best. Ying har undersøkt, men enda ikke funnet en egnet person som kan hjelpe henne. Ying vil undersøke videre, og har

styrets tilslutning til å avvente innkjøp til hun har fått råd av en person som har rett kompetanse. Til neste møte vil Ying lage et utkast til retningslinjer for utlån.

Sertifisering av Rettsmedisinere (Hege).

Der har vært ett møte i gruppen. C. Alfsen og H. Aarset har sendt referat. Målet for gruppen er å ferdigstille forslag i løpet av 2011.

Status for søknad om endrede kurskrav i patologi (Hege).

Kurskrav er endret etter forslag fra DNP og spesialitetskomitéen. Kursarrangører vil bli direkte informert av styret. DNPs medlemmer informeres via DNPs nettside.

Helsebiblioteket – retningslinjer for publisering og vurdering (Hege).

Relevante veiledere og retningslinjer for norske leger og helsearbeidere blir lagt ut på denne nettsiden, og en del av disse er kvalitetsvalidert ved verktøy som AGREE.

Helsebiblioteket kan være et sted for publisering av veiledere innen patologi.

FaMe (Lars/Wenche).

Det har vært valg i FaMe, pr e-post. FaMe medlemmer fra valggruppe 5 er nå Ketil Espenes (klinisk farmakologi), Susanne Gjeruldsen Dudman (medisinsk mikrobiologi), og Hege Aase Sætran (DNP).

Sentralt kodearbeid/NEKLAB (Ying).

DNP sendte inn forslag til koder, og Gluck skal ha returnert et endelig forslag der molekylære analyser ikke er inkorporert i patologidiagnoser. Ying har via andre kanaler sett et endelig forslag til NEKLAB koder til bruk i et pilotprosjekt der bla Ahus skal delta. Kodene skal sendes ut til alle landets avdelinger for høring. Ying skal etterspørre status til neste styremøte.

Status faggrupper DNP (Lars/Hege).

Representanter til nye faggrupper er ikke nominert enda. Dette skal Lars og Hege forsøke å få til snarest, slik at gruppene kan oppnevnes før julemøtet. Flere faggrupper synes å lide under tidsnød, og rekker ikke å utføre oppgaver som styret har etterspurt, som revisjon av veileder for biopsibesvarelser. Flere faggrupper kan heller ikke stille med representant til DNPs seminar for faggruppene 6.9.11. Det er viktig å finne ut hvilke faggruppene som fungerer og hvordan gruppene jobber. Det er også viktig at avdelingslederne støtter fagmedisinsk arbeid. Ying mener at faggruppene også kan være personavhengig, og det er svært viktig at leder er engasjert og villig til å jobbe for og med gruppen.

I Faggruppe for Lunge og ØNH cancer har Jebsen og Abusland meddelt at de trekker seg fra gruppen. Richardsen har sagt seg villig til å lede gruppen etter

anmodning fra styret. Nye medlemmer fra Helse Midt og Helse Sør-Øst må etterspørres.

Generelt skal nasjonale retningslinjer innen de ulike fagområder forevises styret før de legges ut på DNPs nettsider. Styret skal informeres når det legges ut retningslinjer for hele landet.

I Gastrogruppen foreslås Else Marit Løberg som erstatter for Tor J Eide (Helse Sør-Øst), og Patricia Jones som erstatter for Smethurst (Helse midt).

Begge forslag vedtas av styret

Styret i DNP vil vurdere om det kan være hensiktsmessig å ha en egen faggruppe for cytologi.

Gruppen for neuroendokrin cancer har ikke vært aktiv på mange år, og består kun av to medlemmer.

Styret vedtar derfor å legge ned faggruppe for neuroendokrin cancer. Gastro og lunge vil bli anmodet om å inkludere neuroendokrine svulster.

Sak 33/11 Dokument om registerprinsipper og patologi (Wenche).

På anmodning fra styret har Wenche utarbeidet en oversikt over ulike typer register. I noen register inngår histopatologiske diagnoser, f. eks ved uttrekk av diagnosekoder, uten at patologer nødvendigvis deltar i styring av registeret. DNPs agenda vedrørende registre der patologidata er med er ikke beskrevet fullstendig. Register med blandede data bør ha føringer for hvordan data skal håndteres. Rettigheter ved publisering bør også berøres, og det er ønskelig med anbefalinger for hvem som skal kunne bruke data. Kan man i prinsippet se for seg delregistre der hver datagruppe har en egen gruppe som styrer data. Hvilke rettigheter har patologer ved bruk av patologidata? Det vil bli en økning i opprettelse av medisinske kvalitetsregistre, da dette er en hensiktsmessig måte å trekke ut relevante data på. Hvordan kan patologer bli mer bevisst på sin egen rolle som forvalter av data? DNP vil bidra til at patologene blir sin rolle mer bevisst, kjenne sin besøkestid og bidrar til forskning, og ikke bare fungerer som "leverandører" av data til andre forskere. Patologer har også et ansvar som fagpersoner til å delta i utvikling av registre. Målsettingen må være å formulere en enkel policy som er lett for den enkelte patolog å forholde seg til. Patologer blir stadig bedt om å levere "ekstra" data til klinikere, som TNM. Er registre et verktøy som vil gjøre patologer bedre i stand til å utnytte data til forskning? Wenche ønsker skriftlige, spesifikke tilbakemeldinger for videre bearbeidelse av dokumentet. På OUS etableres det en regional IKT node for registre som vil være del av den regionale registernoden.

Sak 34/11 Takster i patologi ved forskningssamarbeid (Wenche).

Der har ikke eksistert nasjonale anbefalinger for prissetting av tjenester fra patologi laboratorium, selv om tjenestene er etterspurt både fra forskere og industrien. Råd og veiledning på dette området er ønsket fra DNP, og har vært tema på flere Årsmøter. Wenche og forskningsutvalget undersøker hvordan dagens praksis er ved de ulike avdelinger i landet.

Ved samme undersøkelse har FU spurt avdelingene om hva som gjøres for å legge til rette for at leger som er relativt ferske i patologi ("yngre" kolleger) skal ønske, og få anledning til, å gå inn i forskning. Dette er også oppfølging av tidligere undersøkelse. Undersøkelsen ble utsendt i august, svar er ikke mottatt enda (frist 30.9.).

Det er et mål å lage et veiledende skjema for takster som avdelingene kan bruke, til fremleggelse på Årsmøtet 2012.

Sak 35/11 Eksterne representanter for DNP.

Prinsipielle og praktiske forhold (Lars/Hege).

I årsrapporten til DNP er det mangeårig nevning av representanter til ulike grupper (NordicQC, European group of molecular pathology som styret ikke vet å ha oppnevnt. Det er også usikkert hvilket mandat disse personene har. Styret vil vedta å oppnevne enkeltpersoner til ulike grupper. Disse representantene vil bes om å innrapportere aktivitet til styret, og lage en rapport til årsrapporten. Funksjonstid bør være fire år.

Vedtak: Der styret finner det hensiktsmessig å støtte engasjerte fagpersoner kan styret oppnevne enkeltrepresentanter til ulike nasjonale og internasjonale grupper. Funksjonstid bør være fire år med mulighet for reoppnevning. Representantene skal rapportere til styret i DNP og Årsrapporten. Jan Klos oppnevnes som medlem til NordicQC (har vært forespurt og sagt seg villig).

Sak 36/11 Veileder for biopsibesvarelser (Lars/Hege).

Faggruppe for gynekologisk cancer og gastrointestinal cancer har levert sine utkast.

Faggruppe for mammacancer, lunge og ØNH cancer og melanomgruppen har sagt at de vil levere i løpet av høsten.

Urogruppen ved leder har gitt melding om at de ikke kan levere utkast til veileder innen gitt frist, og heller ikke gitt DNP en dato for forventet ferdig utkast. Styret diskuterer derfor om der er fagpersoner utenfor gruppen som kan levere utkast innen ulike tema i uropatologi.

Sak 37/11 Kvalitetsutvalg i DNP (Lars).

Aktuelle medlemmer er ikke rekruttert enda. Saken utsettes til julemøtet.

Sak 38/11 Arkiv DNP (Hege).

Foreslått organisering i mappestruktur. Lagres elektronisk både på legeföreningen og på DNPs pc. Målet er et komplett og oppdatert arkiv ved enden av denne styreperioden. Sikkerhetsrutiner skal avklares til julemøtet.

Sak 39/11 Økonomi (Ying).

Det er fortsatt ikke avklart om DNP kan unngå revisjonsplikt, dette skulle avklares i dnlf. Wenche vil undersøke denne saken til neste møte.

Ying har et stort papirarkiv med billag. Etter regnskapslov må man beholde bilag i 10 år. Det som er eldre enn 10 år kan makuleres.

Foreningen har pr d.d. kr 1 550 000,- på sparekonto, kr 10.000,- på brukskonto.

DNP har mottatt kr 28.000,- i renter i inneværende år.

Økonomien er så solid at DNP har anledning til å arrangere større seminar og støtte forskning og reiser. Ulike ideer ble diskutert. Det er i så fall viktig at man på forhånd er enig om en total ramme.

Eventuelt.

Hvor stor grad av åpenhet ønskes i faget, for eksempel detaljer fra vår virksomhet som er tilgjengelig på internett? Settes opp som sak til neste styremøte.

Neste møte blir i Bergen 6.-7.12.11. 6. desember blir det møte sammen med spesialitetskomitéen, med lunsj kl 12, møtestart kl 13.

Bergen 25.9.11

Lars A. Akslen (sign.)
Leder DNP

Hege Aase Sætran (sign.)
Sekretær DNP

3.4. Referat fra styremøte 7.12.11

Tilstede: Lars A. Akslen, Ståle Sund, Gitta Turowski, Wenche Reed, Ying Chen og Hege Aase Sætran.

Sak 40/11 Godkjenning av sakliste og innkalling.
Godkjent uten merknader.

Sak 41/11 Godkjenning av referat fra styremøte 5.-6.9.11.
Godkjent med mindre justeringer.

Sak 42/11 Orienteringssaker:

Høring: Innspill til arbeidet med å utforme spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Frist 8.12.11.

Styret finner ikke grunnlag for å sende egen høringsuttalelse fra DNP.

Konferanse om forløpstider, logistikk og organisering på kreftområdet (Ying).

Konferanse i regi av Helsedirektoratet 22.-23.11.11. Ying deltok fra DNP.

Radiologi og patologi ble nevnt som flaskehals i forløpet av kreftutredning.

Ulike måter å møte utfordringene i kreftutredningen ble diskutert på møtet.

Representanter fra fagmiljøene fremhevet at det var behov for flere ressurser for å imøtekomme kravene til forløpstid og svartider. Det var interesse for patologifaget, også fra media, og dette kan være en fin mulighet til å sette fokus på patologi.

Styret diskuterte at det er viktig at alle patologer søker å opplyse rekvirenter og andre om hva som kreves for god diagnostikk, og hvilke svartider som er realistiske når man tar med tid som kreves for god fiksering og spesialundersøkelser.

Representanter til arbeidsgrupper og faggrupper (Lars/Ying).

Ying tok opp på konferansen at det er viktig at patologer blir tatt med i utarbeidelse av nasjonale retningslinjer. Dette har sviktet blant annet for lungecancer og ved planlegging av pilotprosjekt for screening for coloncancer.

I etterkant av at DNP sendte inn høringssvar til Nasjonalt handlingsprogram for lungecancer ble Lars kontaktet med spørsmål om DNP kunne foreslå en representant til dette arbeidet. Lars foreslo Elin Richardsen (leder av Faggruppe for Lungepatologi) som representant til gruppen som skal utarbeide nasjonale retningslinjer.

Lars er blitt kontaktet av NGICG (Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe) som har tredelt seg (øvre gastro, nedre gastro og Hepato-Biliær-Pancreatisk gruppe). Gruppen trenger en patologrepresentant til HBP gruppen. Lars kontaktet leder av DNPs Faggruppe for GI patologi, men gruppen kunne ikke foreslå en intern kandidat. Lars foreslo derfor Sabine Leh (Haukeland) som representant og mener at Leh også bør inngå som medlem i DNPs Faggruppe for GI patologi, og styret støttet dette. Lars har også mottatt henvendelse fra Øvre gastro gruppen som mangler patologrepresentant og vil sende denne henvendelsen videre til faggruppeleder.

Oppnevning av Elin Richardsen og Sabine Leh støttes enstemmig av styret.

Norsk forening for klinisk cytologi (Ying).

- Kvalitetsdokumentet NFKC

Ny versjon oversendt styret 6.12.11. Det er ønskelig at DNP kan godkjenne dokumentet før NFKC sitt årsmøte i februar 2012.

Styret gjennomgikk de angitte endringer i rapporten. Formuleringen er enda ikke fullstendig i samsvar med DNP s ønske. Dette vil bli justert før dokumentet returneres.

- Strategiseminar NFKC

Ying orienterte. Styret i NFKC diskuterte arbeidsform framover. Styret i DNP vil motta rapport fra seminaret.

Vedtekter NFKC

NFKCs vedtekter ble diskutert på NFKCs strategiseminar. Vedtatt styresammensetning for NFKC er i strid med moderforeningen (DNP) sine interesser. Ying foreslo å endre vedtektene slik at flertallet av styremedlemmene skal være leger, og at både leder og nestleder skal være leger. Dette ble støttet av nåværende styre i NFKC. Vedtektene kan kun endres av Årsmøtet, men det er usikkert om det er DNP's Årsmøte eller NFKCs Årsmøte. Dette skal Ying undersøke med Dnlfs jurist.

Styret diskuterte også om det er hensiktsmessig at en forening som for det meste består av ikke-leger er en underforening til DNP. Det er ønskelig at DNP får en egen faggruppe for cytologi som blir et forum for cytopatologer.

Styret i DNP ønsker å opprette en egen faggruppe for cytopatologi etter samme mal som øvrige faggrupper i DNP.

Innkjøp av mentometersystem, rutiner for utlån (Ying).

Ying undersøker hvilke system som synes best. Ying har fått tilbud fra en norsk leverandør. System med 100 enheter koster der ca 47.000,-eks.mva. Ying vil besørge innkjøp snarlig og utarbeide rutiner for utlån. Styret mener at medlemmer i DNP kan låne systemet. Utlån bør være gratis, men transport av systemet og eventuelt andre utgifter som følger av bruken må besørges av de som ønsker å låne systemet. Ying vil undersøke om det er mulig å forsikre systemet.

FaMe (Hege).

Hege har deltatt på konstituerende møte i FaMe. Rolf Kirchner ble gjenvalgt som leder. DNP er invitert til å skrive et innlegg om egen forening til bladet Overlegen. Hege og Lars vil samarbeide om dette.

Representanter for DNP (Hege).

Saken utsettes.

Arkiv (Hege).

Min Side på legeforeningens nettside fungerer som et arbeidsrom for styret. Alle styremedlemmer har tilgang og kan redigere alle dokumenter som ligger i arbeidsrommet. Styret ønsker et sikkert elektronisk arkiv, der dokumenter ikke kan bli slettet eller redigert i vanvare. Dersom ikke Dnlf kan tilby denne tjenesten, skal Hege undersøke om der finnes kommersielle aktører som tilbyr den tjenesten DNP ønsker

Til neste møte vil Hege lage et forslag til retningslinjer for arkiv.

Sentralt kodearbeid/NEKLAB (Ying).

NEKLAB er planlagt sendt ut på høring i løpet av desember 2011. Det er ønsket at det utarbeides koder for immuncytologiske, immunhistokjemiske og enzymhistokjemiske undersøkelser. Styret vil ikke utarbeide dette i denne omgang, men vil sende saken videre til et nytt kvalitetsutvalg.

Patologidata på fylkesnivå (Lars).

Det er ikke uvanlig at data og statistikk fra ulike laboratorium eller avdelinger blir offentliggjort i ulike sammenhenger.

Styret i DNP tar til etterretning at det er et økende behov for innsyn i data på fylkes og avdelingsnivå. Styret mener at avdelingene må ta dette innover seg og være svært nøye med at grunnlagsdata i størst mulig grad er kvalitetssikret, og at rapporteringen til nasjonale registre (som Kreftregisteret og andre) er korrekt, slik at informasjon som kommer ut er mest mulig riktig og fullstendig.

Nyrebopsiregisteret, justering av statutter (Lars/Ståle).

DNP har forslagsrett til en representant til styret av registeret. DNP har ikke vedtaksrett over registeret. Det er i dag to patologer i styret; Leif Bostad og Harald Aarset. Lars ble gjort kjent med at statuttene for Norsk Nyrebopsiregister var under justering og anmodet registeret (ved daglig leder) om at disse ble oversendt DNP for uttalelse. Eier av registeret er nå Helse Bergen, tidligere eier var Norsk forening for nyresykdommer. Statuttene har vært diskuterte i DNP's forskningsutvalg og i styret pr e-post. Lars har sendt et innspill med forslag til endringer av statuttene til leder av registeret. Frem mot neste møte vil styret vurdere hvordan saken kan følges opp.

Ny UEMS representant i patologi for Dnlf (Hege).

Nils Petter Aardal er blitt pensjonist, og har derfor frasagt seg sitt verv som Dnlfs patologirepresentant i UEMS. Styret har foreslått som ny representant Dr. Ingunn Stefansson, overlege ved Haukeland universitetssykehus.

Nytt fra Forskningsutvalget (Wenche).

Referat fra siste møte i FU ble utsendt før styremøtet. FU vil foreslå et utvidet reisestipend, der man også kan søke om bidrag til kongressdeltagelse.

Endelig Årsrapport 2010 (Hege).

Hege har nylig mottatt de siste produksjonsdata fra OUS. Dette er ført inn i Årsrapporten for 2010. Den endelige versjonen vil bli lagt ut på DNPs nettsider. Styret har mottatt forslag til ny metode for rapportering av molekulære analyser, der det foreslås at både antall analyser, delt etter metode, samt antall remisser rapporteres.

HPV

Lars har mottatt en e-post fra Norsk gynekologisk forening (NGF) der NGF uttrykker sin bekymring for bruk av mRNA test i sekundærskanning av cervix. Lars vil svare at henvendelsen tas opp i neste styremøte 31.1.12. I mellomtiden avventes også rapporten fra Kreftregisteret vedrørende HPV tester.

- Sak 43/11 Veileder for biopsibesvarelser (Lars/Hege).**
Sammenmontering av innkomne bidrag er begynt. Ikke alle faggrupper har levert, og format og utforming på det innleverte materialet er noe varierende. Dokumentet må være klart for grundig gjennomarbeiding til neste styremøte. De ulike kapitlene ble fordelt for gjennomlesning til neste styremøte. Endelig versjon er planlagt fremlagt på Årsmøtet 2012.
- Sak 44/11 Strategidokument DNP (Lars).**
Strategiske dokumenter fra de to siste styreperiodene skal samles i et hoveddokument: arbeidsbelastningsnormene, forskningssamarbeid, etablering av nye variabler, biobank, forskningsrapport, registerdokument, kursplan. Endelig versjon er planlagt fremlagt på Årsmøtet 2012.
- Sak 45/11 Takster i patologi ved forskningssamarbeid (Wenche).**
Dokumentet er ikke klart enda. Det skal bygge på undersøkelse blant alle landets avdelinger, ikke alle har svart. Forslag vil bli klart for behandling i neste styremøte. Det endelige dokumentet bør legges frem for Årsmøtet, som egen sak eller som del av strategidokumentet.
- Sak 46/11 Nytt kvalitetsutvalg i DNP (Lars).**
Utsettes.
- Sak 47/11 Rettsmedisin (Lars).**
Arbeidsgruppen for utredning av formalisering av rettsmedisin har hatt flere møter, men har ikke enda kommet til enighet om hvilken modell gruppen vil foreslå for Dnlf. DNPs representanter har laget et scenario for ulike modeller men har nå uttrykt stor bekymring for manglende fremdrift i arbeidet.

Lars og Hege har hatt flere telefonmøter med DNPs representanter. DNP ønsker en modell med rettspatologi som grenspesialitet under patologi, med klinisk rettsmedisin som mulig kompetanseområde. Styret diskuterte hvordan saken kan håndteres fremover.

Sak 48/11 Faggrupper DNP, oppnevning av nye grupper og status eksisterende grupper (Hege).

Oppnevning av medlemmer til nye grupper og oppnevning av nye medlemmer til eksisterende grupper, forslag til representanter:

Faggruppe for Ben- og bløtvevspatologi:

Bodil Bjerkehagen (Helse Sør-Øst)
Trond Viset (Helse Midt)
Hans Kristian Haugland (Helse Vest)
Vidar Isaksen (Helse Nord)

Faggruppe for Nevropatologi:

David Scheie (Helse Sør-Øst)
Sverre Torp (Helse Midt)
Hrvoje Miletic (Helse Vest)
Sigurd Lindal (Helse Nord)

Faggruppe for Ikke-neoplastisk nyrepatologi:

Erik Strøm (Helse Sør-Øst)
Harald Aarset (Helse Midt)
Leif Bostad (Helse Vest)
Tor Arne Hanssen (Helse Nord)

Faggruppe for Hudpatologi (unntatt melanocytisk patologi):

Magnus Røger (Helse Sør-Øst)
Harald Aarset (Helse Midt)
Lisbet Sviland (Helse Vest)
Silje Fismen (Helse Nord)

Faggruppe for Obduksjonspatologi:

G.Cecilie Alfsen, Ahus
Jan Mæhlen, OUS
Christian Lyche Ellingen, SUS
Bjørn Bertelsen, Haukeland
Ivar Nordrum, St.Olavs
Vidar Isaksen, UNN

Nye medlemmer til Faggruppe for Lunge - og ØNH cancer:

Sissel Wahl (Helse Midt)

Svetlana Tafjord (Helse Sør-Øst)

Eksisterende medlemmer:

Elin Richardsen, Leder (Helse Nord)

Friedemann Leh (Helse Vest)

Nytt medlem til faggrupper Gastrointestinal cancer:

Sabine Leh (Helse Vest)

Eksisterende medlemmer:

Solveig Nordheim Andersen, Leder (Helse Sør-Øst)

Else Marit Løberg (Helse Sør-Øst)

Susanne Buhr Wildhagen (Helse Vest)

Sonja Steigen (Helse Nord)

Patricia Mjønes (Helse Midt)

Vedtak: Representantene oppnevnes i henhold til forslag. Alle faggrupper, eksisterende og nye, kan få støtte til minimum ett møte i løpet av 2012.

Sak 49/11 Årsmøte 2012.

Mulige saker for Årsmøtet 2012 ble diskutert.

Sak 50/11 Økonomi (Ying).

DNP har god økonomi: 1 350 000,- på sparekonto + 78 400,- på brukskonto.

Eventuelt.

Lars har mottatt henvendelse med spørsmål om utnevning av æresmedlemmer i DNP. Saken behandles i senere møte.

Bergen 19.12.11

**Lars A. Akslen (sign.)
Leder DNP**

**Hege Aase Sætran (sign.)
Sekretær DNP**

3.5. Sammendrag av styrets aktiviteter 2010-2011

Oppsummering av styrets arbeid 2010 - 2011

I perioden 2010-2011 har styret i DNP arbeidet for å fremme patologifagets vilkår på kort og lengre sikt. I det følgende gis en oppsummering av ulike saker.

1. Faggrupper

Styret vedtok i 2008 en plan for å oppgradere nettverket av faggrupper ved at en del ble nyopprettet og andre utvidet i forhold til tidligere, etter modell av faggrupper som har eksistert i mange år (for en stor del organisert under Onkologisk forum). Retningslinjer for arbeidsform og mandat ble vedtatt av Årsmøtet 2009. Lederne av de fire største avdelinger (OUS, Haukeland, St. Olav, UNN) har i flere omganger blitt bedt om å foreslå medlemmer til disse gruppene på vegne av de regionale foretaksområdene.

Flere nye grupper er etablert i siste styreperiode (2010-2011) som det fremgår av Årsrapporten. Ved begynnelsen av 2012 er det således opprettet 14 faggrupper under DNP. En del av disse har arbeidet aktivt med ny utgave av *Veileder i biopsibesvarelse av maligne svulster* som fremlegges for Årsmøtet 2012. Høsten 2011 ble det første *faggruppeseminar* arrangert (Gardermoen), og intensjonen er at dette utvikles til et årlig møte for alle faggrupper. I tillegg til veilederen arbeider faggruppene med oppdatering av faglige retningslinjer mer eller mindre fortløpende.

En del faggrupper og assosierte fagpersoner arbeider med utgivelse av *nasjonale handlingsprogrammer for diagnostikk, behandling og oppfølging* for ulike kreftformer på oppdrag fra Helsedirektoratet og i samarbeid med kliniske miljøer. Den faglige del av disse vil i størst mulig grad samordnes med veilederen og faglige retningslinjer forøvrig. I tillegg er flere personer fra faggruppene engasjert i Kreftregisterets *kvalitetsregistre* for ulike kreftformer, for eksempel Norsk brystkreftregister, Norsk melanomregister, og Norsk register for gynekologisk kreft. DNP er også representert i Det norske nyrebiopsiregisteret. Faggruppene skal rapporteres til DNP's Årsrapport.

Finansiering av faggruppene (møter m.m.) må gruppene selv arbeide for på sikt. DNP kan ventelig bidra noe, mens avdelingene og de kliniske faggrupper (under Onkologisk forum) også forutsettes å bidra.

Ved Årsmøtet 2011 ble strateginotatet *Etablering av nye variabler i rutinediagnostikken* vedtatt. Dette omhandler krav til dokumentasjon før variable etableres i diagnostisk rutine.

2. Forskning

Forskning er sentralt for kvalitet og videre utvikling av patologifaget. Styret har arbeidet målrettet for forskning også i denne perioden.

Forskningsutvalget har arbeidet med flere aktuelle saker. Rapporten *Strategi for biobankvirksomhet* ble lagt frem for Årsmøtet 2010 og godkjent. Oppfølgeren *Praktiske retningslinjer for biobanker* ble vedtatt av Årsmøtet 2011. Begge dokumenter ansees viktige som grunnlag for bedre og mer tidsriktig håndtering av retrospektive og prospektive biobanker både i diagnostisk sammenheng og i forbindelse med forskning.

Strateginotatet *Forsknings samarbeid i patologi* ble vedtatt av Årsmøtet 2010. Notatet omhandler en del prinsipper og forhold som aktualiseres ved ulike former for samarbeid innen patologifaget. Et førende prinsipp er behovet for økt bevisstgjøring når det gjelder patologers rolle og verdien av egne data inklusive problemstillinger rundt eierforhold og bruksrett. Økonomisk kompensering ved ulike former for samarbeid er også berørt.

En del problemstillinger aktualiseres i økende grad i forbindelse med etablering av registre. Styret har gjennom 2011 arbeidet med spørsmål i tilknytning til etablering og drift av registre, og dokumentet *Orientering om registre*, utarbeidet av Forskningsutvalget og bearbeidet av styret, legges frem for Årsmøtet 2012.

For første gang arrangeres kurset *Forskning i patologi* (i tilslutning til Årsmøtet 2012), der viktige forhold med særlig relevans for patologifaget gjennomgås og diskuteres. Det planlegges at kurset arrangeres regelmessig.

Etter forslag fra Forskningsutvalget vedtok styret i DNP 11.2.2009 å opprette et stipend for *"forskning, fagutvikling og fordypning"* for å støtte kolleger i forbindelse med utenlandsopphold og hospitering i sterke internasjonale miljøer, initialt for 2010-2011. Ordningen ble vedtatt av Årsmøtet 2009. Så langt har to kolleger fått stipend fra DNP til sine utenlandsopphold (2010-2011), og ordningen er utvidet til 2012 med påfølgende evaluering. DNP-stipendet gir en unik mulighet til faglig fornying. Statutter for stipendet ble utarbeidet og vedtatt av Årsmøtet 2009, justert ved Årsmøtet 2011.

Styret har videreført ordningen med *DNP's priser for forskningsinnlegg og kasuspresentasjon*. Det er i tillegg opprettet *DNP's pris for beste poster* f.o.m. Årsmøtet 2011. Statutter er oppdatert og vedtatt av Årsmøtet 2011.

3. Kursprogram.

Etter forslag fra Styret vedtok Årsmøtet 2009 et nytt kursprogram for DNP. Kursene inndeles i 3 kategorier: A-kurs: obligatoriske, holdes hvert 2.-3. år. I tillegg til kurs i *Rettsmedisin* og *Cytologi*, har styret arbeidet for og fremmet forslag om to nye obligatoriske kurs: *Klinisk Molekylærpatologi* og *Obduksjonspatologi med neuropatologi*. Disse ble godkjent av Helsedirektoratet som nye obligatoriske kurs i patologi i 2011. B-kurs arrangeres innenfor sentrale diagnostiske områder, og disse kursene bør arrangeres hvert 4.-5. år. C-kurs er øvrige kurs innenfor resterende områder og spesialfelt. Det er naturlig at ansvar for viktige kurs legges til faggrupper i patologi der disse foreligger.

Styret har i et eget brev til alle avdelinger (22.10.2009) anmodet om at kursledere og andre som er sentralt involvert i arrangering av kurs får innrømmet rutinelettelser i forbindelse med arbeidet.

DNP har gått til innkjøp av et *mentometersystem* (100 personer) som tenkes benyttet i forbindelse med kurs og seminarer. Det er utarbeidet retningslinjer for utlån og bruk.

4. Andre saker.

Spesialistreglene. I løpet av 2011 har Styret i samarbeid med Spesialitetskomitéen arbeidet med justering av dokumenter i relasjon til spesialistutdannelsen etter anmodning fra Legeforeningen: *målsetting, prosedyrekrav, kursprogram og attestasjonsskjema*. Dette arbeidet er gjort i forbindelse med den nye ordningen for spesialistgodkjenning. Arbeidet fremlegges ved Årsmøtet 2012.

HPV. Dette har vært en kompleks og vanskelig sak som Styret har diskutert fortløpende. Det har vært til dels klare motsetninger mellom ulike patologimiljøer. Debatten i media har vært intens og polarisert. Det er gitt to høringsuttalelser fra DNP i løpet av 2011, og vi var av de som etterlyste og gikk inn for at Kreftregisteret evaluerte de norske tallene. Dette ble gjort, og rapporten ble publisert desember 2011. Etter dette endret myndighetene sine retningslinjer for refusjon slik at den omstridte RNA-testen (fra NorChip) mistet refusjon. I sitt site styremøte 31.1.-1.2.12 vedtok Styret i DNP å rette en klar henstilling til avdelingene om å følge myndighetenes anbefalinger.

Rettsmedisin. Styret i DNP mottok desember 2009 brev fra Norsk Rettsmedisinsk Forening (NRF) der man meddelte at det var opprettet en sertifiseringsordning for rettsmedisinere. Ordningen var etablert etter en intern prosess i NRF, og DNP var ikke hørt i saken. Styret meddelte i brev til NRF at man ikke er enig i denne ordningen. Tidlig i 2011 ble det oppnevnt en arbeidsgruppe under Legeforeningen med to representanter fra DNP og to fra NRF (Norsk rettsmedisinsk forening). Arbeidet viste ikke tilfredsstillende fremdrift og mot slutten av året trakk våre to representanter seg fra utvalget. DNP sendte deretter brev til Helsedirektoratet og anmodet om en vurdering av problemstillingene.

Kvalitetssikring og akkreditering. Styret har hatt en fortløpende diskusjon rundt behovet for et sentralt system for *kvalitetssikring*, eventuelt etablert som en nettside. Det er behov for videre arbeid med overordnede anbefalinger når det gjelder ulike kvalitetskomponenter i faget (*systemkompetanse*), herunder tradisjonelt kvalitetsarbeid, koder, arbeid med diagnosestandarder og maler, og problematikk knyttet til akkreditering. Styret mener at dette arbeidet må videreføres i neste periode.

Koder. Arbeidet med kodene har i praksis ligget nede en tid. I siste periode har Styret hatt kontakt med NEKLAB og kommet med innspill til deres arbeid med laboratoriekoder. Det er usikkert om våre forslag vil bli tatt til følge.

Representasjon. En rekke av foreningens medlemmer gjør seg positivt bemerket i ulike faglige og fagpolitiske sammenhenger. Som eksempel kan nevnes at mange deltar i Helsedirektoratets arbeid med *handlingsprogrammer* for ulike kreftsykdommer, og flere deltar i arbeidet med *kvalitetsregistre* under Kreftregisteret. En del er oppnevnt av DNP til ulike arbeidsgrupper, for eksempel innen HPV-feltet. DNP har også representanter i Rådgivningsgruppen for Mammografiprogrammet, Rådgivningsgruppen for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft, og styret for Det norske nyrebiopsiregisteret.

Mandater og statutter. Styret har i perioden justert enkelte mandater og statutter: mandat for Kvalitetsutvalget (Årsmøtet 2011) og statutter for DNP's årsmøtepriser er vedtatt av Årsmøtet (sist 2011).

Høringer. Det kommer mange saker til høring, og styret vurderer disse fortløpende. I denne perioden (2010-2011) har styret sendt høringsuttalelse i forbindelse med følgende saker: *Revidering og presisering av cervixscreeningprogrammet (11.3.11, 21.6.11)*, *Polycynotat om helseregistre (25.5.11)*, *Nasjonale faglige retningslinjer for lungekreft (26.8.11)*.

APMIS. DNP var en av de foreninger som i sin tid stod bak opprettelsen av APMIS (1924) og er gjennom nasjonal redaktør aktivt med i arbeidet med å opprettholde og videreutvikle tidsskriftet som en moderne kanal for publisering innen vårt fagfelt. Årsmøtet 2009 ga sin tilslutning til nye statutter for APMIS. En del av landets patologer er jevnlig fagfeller og vurderer manuskripter som sendes inn for publisering. APMIS utgir årlig spesialnumre med nyttige oversikter, og medlemmene oppfordres til å komme med forslag til nye og aktuelle emner (www.apmis.org).

Økonomi. Foreningens økonomiske status er god, og DNP har per i dag en del penger på bok. Etter overgang til å bli fagmedisinsk forening har vi fått noe økt tilskudd. En del av midlene skal anvendes til foreningens faggrupper og årlig faggruppeseminar.

DNP deltok 22.11.11 på Helsedirektoratets møte om *forløpstider* i forbindelse med kreftutredning. Flere patologer deltok og fremmet synspunkter om patologifagets ressursproblemer. Synspunktene fikk oppmerksomhet også hos myndighetene.

DNP behandler fortløpende en rekke mindre saker og henvendelser. Det er en utfordring å fremme fagets vilkår innen diagnostikk og forskning i en tid med økende fokus på stramme budsjetter og kontinuerlig rasjonalisering. Høy faglig standard og kvalitet må fremholdes som vår viktigste målsetting.

5. Nettsiden

Nettsiden er gradvis utviklet og fremstår som godt egnet til informasjon og kommunikasjon for DNP's medlemmer. Styret har i samarbeid med nettredaktøren arbeidet for en bedre synliggjøring av forskning på DNP's hjemmeside (statistikk, rapporter om aktivitet ved ulike avdelinger, intervjuer med stipendiater, og lenker til viktige ressurser i forskningssammenheng). Nyheter om aktuelle saker er lagt ut fortløpende.

6. Årsrapport

Dokumentet er en viktig oppsummering av foreningens aktivitet. Styret har utvidet antall parametre til Årsrapporten, og nå etterspørres tall både for molekylære analyser og forskning. Styret har utarbeidet *retningslinjer* for årsrapportering og anmoder avdelingene om å følge disse så nøye som mulig og sikre presisjon. Dette vil gjøre tallmaterialene desto mer nyttige.

Bergen 20.2.2012

Lars A. Akslen (sign.)
Leder, DNP

4. ØVRIGE DOKUMENTER

4.1. Høringsuttalelser

4.1.1. Revidering og presisering av cervixscreeningprogrammet

Deres ref.:

Vår ref.:

Dato: 11.3.2011.

Helsedirektoratet
v/Avd.direktør Marit J. Rindahl Endresen
Postboks 7000
0130 Oslo

Høringsuttalelse fra Den Norske Patologforening (DNP) - Revidering og presisering av cervixscreeningprogrammet.

Det vises til brev av 11.02.11 vedr. revidering og presisering av cervixscreening-programmet.

DNP har innhentet synspunkter fra de laboratorier som utfører HPV-testing og ellers hørt vår egen Faggruppe for Molekylærpatologi, samt fått innspill fra Norsk Forening for Klinisk Cytologi (underforening under DNP).

DNP's miljøer har en svært sentral rolle i cervixscreening og har etablert høy kompetanse innen HPV-testing gjennom en årrekke. Elleve laboratorier utfører i dag HPV-testing (6 benytter DNA basert testing, 5 benytter mRNA basert testing). Fagmiljøene har et konstruktivt engasjement i denne saken og bidrar jevnlig med innspill og nyanserte synspunkter overfor DNP. Det skal bemerkes at det likevel eksisterer ulike oppfatninger om hva som er optimal algoritme, og hva som skal karakterisere de tester som anbefales. Dette skyldes nok for en stor del mangel på større og mer robuste datasett enn de som per i dag eksisterer.

DNP er opptatt av at prosessen som ligger til grunn for valg av algoritmer, eventuell justering av disse inkludert anbefalinger om testkvalitet som kan begrense testutvalget, og tilhørende takst-regulering, skal være faglig godt begrunnet og så langt som mulig evidensbasert etter vitenskapelige kriterier. Det er viktig at denne type faktagrunnlag også tar hensyn til de resultater som kan dokumenteres for den norske populasjonen (sekundærscreening).

DNP har merket seg at debatten tidvis har antatt en noe tilspisset og polarisert form særlig når det gjelder DNA baserte tester sammenlignet med mRNA baserte tester. Der synes å være faglig uenighet om flere sentrale forhold. Dette kan muligens bety at det er behov for en oppdatert kunnskapsgjennomgang der nasjonale og internasjonale studier vurderes.

DNP er enig i at praksis må baseres på screeningprogrammets retningslinjer, og vi kan ikke støtte rutiner som klart og systematisk avviker fra dette.

DNP ser at kvalitetskrav til HPV-tester etablert i forbindelse med primærscreening ikke uten videre kan anvendes i sekundærscreening. Behov for sensitivitet og spesifisitet vil kunne være forskjellig i de to situasjoner. Ved sekundærscreening er det viktig å ha en test med høy spesifisitet for å fastslå risiko for sykdom med høy grad av sikkerhet. Det er viktig at tester som anvendes er godt validert.

DNP vil presisere at dokumentasjon basert på norske forhold om hvordan ulike tester reelt sett fungerer i henhold til målsettingen for programmet, og hvilke kostnader som foreligger, må tillegges stor verdi. Etter dette mener vi at Kreftregisteret bør anmodes om en snarlig evaluering der disse forhold må kunne analyseres og presenteres så langt det er mulig, selv om vi ser at enkelte forhold vanskeliggjør en optimal vurdering.

Vi er usikre på om forslaget om å fjerne LSIL fra taksten er nøye gjennomtenkt. Dette er lavgradige morfologiske forandringer som i mange tilfeller grenser opp til ASCUS, og vi tror at det lett kan skje en glidning i diagnostisk vurdering i retning av ASCUS som følge av en slik endring. Dette vil i så fall være uhensiktsmessig og vil kunne tilsløre senere evalueringer. Diskusjonen av alder er viktig i denne sammenheng.

Konklusjoner:

DNP mener at det er svært viktig å basere anbefalinger på best mulig evidensgrunnlag som reflekterer effektiviteten av de aktuelle algoritmer, herunder anvendelse av ulike tester. Vi anbefaler derfor at det snarest bør innhentes en analyse av de data som Kreftregisteret må kunne fremskaffe om status i det norske screeningprogrammet, før eventuelle endringer i algoritme og takststruktur gjennomføres. Etter vår oppfatning er en slik evaluering, som bør inkludere kostnadsanalyser, en viktig forutsetning for å kunne uttale seg om "best practice" i denne saken, slik som det kan dokumenteres for den norske populasjonen.

Vi tror også det kan være hensiktsmessig med en oppdatert gjennomgang av kunnskapsstatus på dette området, der nasjonale og internasjonale studier vurderes systematisk.

Med hilsen

Lars A. Akslen (sign.)

Professor dr.med.

Leder, Den norske patologforening

4.1.2. Revidering og presisering av cervixscreeningprogrammet

Deres ref.:

Vår ref.:

Dato: 21.6.2011.

**Helsedirektoratet
v/Avd.direktør Marit J. Rindahl Endresen
Postboks 7000
0130 Oslo**

Høringsuttalelse fra Den Norske Patologforening (DNP) - Revidering og presisering av cervixscreeningprogrammet.

Det vises til brev av 10.05.11 vedr. revidering og presisering av cervixscreeningprogrammet.

DNP har innhentet synspunkter fra de laboratorier som utfører HPV-testing og ellers hørt vår egen Faggruppe for Molekylærpatologi, samt fått innspill fra Norsk Forening for Klinisk Cytologi (underforening under DNP).

DNP's miljøer har en svært sentral rolle i cervixscreening og har etablert høy kompetanse innen HPV-testing gjennom en årrekke. Elleve laboratorier utfører i dag HPV-testing (6 benytter DNA basert testing, 5 benytter mRNA basert testing). Fagmiljøene har et konstruktivt engasjement i denne saken og bidrar jevnlig med innspill og nyanserte synspunkter overfor DNP. Det skal bemerkes at det likevel eksisterer ulike oppfatninger om hva som er optimal algoritme, og hva som skal karakterisere de tester som anbefales. Dette skyldes nok for en stor del mangel på større og mer robuste datasett enn de som per i dag eksisterer.

DNP er opptatt av at prosessen som ligger til grunn for valg av algoritmer, eventuell justering av disse inkludert anbefalinger om testkvalitet som kan begrense testutvalget, og tilhørende takst-regulering, skal være faglig godt begrunnet og så langt som mulig evidensbasert etter vitenskapelige kriterier. Det er viktig at denne type faktagrunnlag også tar hensyn til de resultater som kan dokumenteres for den norske populasjonen (sekundærscreening).

DNP har merket seg at debatten tidvis har antatt en noe tilspisset og polarisert form særlig når det gjelder DNA baserte tester sammenlignet med mRNA baserte tester. Der synes å være faglig uenighet om flere sentrale forhold. Dette kan muligens bety at det er behov for en oppdatert kunnskapsgjennomgang der nasjonale og internasjonale studier vurderes.

DNP er enig i at praksis må baseres på screeningprogrammets retningslinjer, og vi kan ikke støtte rutiner som klart og systematisk avviker fra dette.

DNP ser at kvalitetskrav til HPV-tester etablert i forbindelse med primærscreening ikke uten videre kan anvendes i sekundærscreening. Behov for sensitivitet og spesifisitet vil kunne være forskjellig i de to situasjoner. Ved sekundærscreening er det viktig å ha en test med høy spesifisitet for å fastslå risiko for sykdom med høy

grad av sikkerhet. Det er viktig at tester som anvendes er godt validert.

DNP vil presisere at dokumentasjon basert på norske forhold om hvordan ulike tester reelt sett fungerer i henhold til målsettingen for programmet, og hvilke kostnader som foreligger, må tillegges stor verdi. Etter dette mener vi at Kreftregisteret bør anmodes om en snarlig evaluering der disse forhold må kunne analyseres og presenteres så langt det er mulig, selv om vi ser at enkelte forhold vanskeliggjør en optimal vurdering.

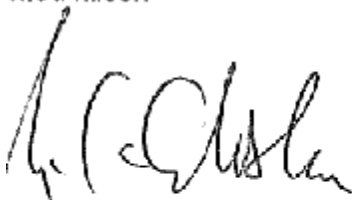
Vi er usikre på om forslaget om å fjerne LSIL fra taksten er nøye gjennomtenkt. Dette er lavgradige morfologiske forandringer som i mange tilfeller grenser opp til ASCUS, og vi tror at det lett kan skje en glidning i diagnostisk vurdering i retning av ASCUS som følge av en slik endring. Dette vil i så fall være uhensiktsmessig og vil kunne tilsløre senere evalueringer. Diskusjonen av alder er viktig i denne sammenheng.

Konklusjoner:

DNP mener at det er svært viktig å basere anbefalinger på best mulig evidensgrunnlag som reflekterer effektiviteten av de aktuelle algoritmer, herunder anvendelse av ulike tester. Vi anbefaler derfor at det snarest bør innhentes en analyse av de data som Kreftregisteret må kunne fremskaffe om status i det norske screeningprogrammet, før eventuelle endringer i algoritme og takststruktur gjennomføres. Etter vår oppfatning er en slik evaluering, som bør inkludere kostnadsanalyser, en viktig forutsetning for å kunne uttale seg om "best practice" i denne saken, slik som det kan dokumenteres for den norske populasjonen.

Vi tror også det kan være hensiktsmessig med en oppdatert gjennomgang av kunnskapsstatus på dette området, der nasjonale og internasjonale studier vurderes systematisk.

Med hilsen



Lars A. Akslen
Professor dr.med.
Leder, Den norske patologforening

4.1.3. Policynotat om helseregistre

Deres ref.:

Vår ref.:

Dato: 25.05.2011

DEN NORSKE LEGEFORENING

Høringssvar på Policynotat om helseregistre

Legeforeningen har sendt ut til høring et policynotat om helseregistre

<https://minside.legeforeningen.no/templates/Hearing.aspx?id=18429&uid=8287>

Det legges vekt på pseudonymisering som en måte å ivareta personvernet til pasientene på og behov for gode teknologiske løsninger. Høringsfristen er 27. mai.

Det er prisverdig at Legeforeningen ønsker økt oppmerksomhet om gode helseregistre som viktige verktøy for kunnskapsbasert behandling. Helseregistre er sentrale kilder til kvalitetssikring av pasientbehandling og medisinsk og helsefaglig forskning. Men samlet sett er dette policynotatet for generelt og upresist til å bringe noe nytt inn i den debatten og de utredninger som allerede foreligger, bl.a. rapporten *Gode helseregistre – bedre helse*. Vi ønsker derfor å peke på noen punkter som savnes kommentert i notatet.

Gode registerverktøy

I dokumentet definerer man helseregistre i henhold til definisjonen i *Helseregisterloven av 18. mai 2001*. Mye av argumentasjon synes rettet mot opprettelse av flere sentrale helseregistre, jf. § 8 i HRL. Derved unnlater man å kommentere de mulighetene som allerede finnes i dag for eksempel for medisinske kvalitetsregistre, uten at dette må hjemles i ny lovforskrift. Opprettelse av interne kvalitetsregistre (HPL § 26), gjennom en beslutning av en sykehusavdelings leder og melding til personvernombud, er formelt enkelt allerede i dag og krever verken pseudonymisering eller samtykke. Problemet er manglende tilgang på gode registerverktøy gjennom eksisterende sykehusinfrastruktur, hvilket gjør dette svært krevende ressursmessig og kostbart. I tillegg er det krevende å hente ut data pga. mangel på strukturerte opplysninger i elektronisk pasientjournal.

Det er mulig allerede i dag å få opprettet medisinske kvalitetsregistre gjennom en konsesjonssøknad både med og uten innhenting av samtykke. Hovedproblemet er manglende enkelt tilgjengelige tekniske løsninger for overføring av informasjon fra de andre helseforetakene manglende finansiering for registerverktøy for hoveddatabasen.

Gode helseregistre

Dokumentet sier ingenting om hvor databehandlingsansvaret skal ligge, om det skal ligge til for eksempel Folkehelseinstituttet som i dag har databehandlingsansvaret for de fleste sentrale helseregistre eller om ansvaret skal tilligge et helseforetak, slik det er i dag for de øvrige medisinske kvalitetsregistrene. Det er sterke argumenter for at registre skal ligge i fagmiljøene, muligens med unntak av de store sykdomsgruppene. Noe av bakgrunnen for at Kreftregisteret er et lysende eksempel på et verdifullt register er at det har vært drevet av et dedikert fagmiljø.

Samtykke

Flere steder i dokumentet kan det se ut til at pseudonymisering fremheves som et alternativ til informert samtykke, hvilket det ikke er. Dette bør nyanseres og tydeliggjøres noe, for at dokumentet skal ha tyngre verdi.

Basisregistre

I rapporten *Gode helseregistre – bedre helse* foreslås en samling av alle registre opp mot et

basisregister, slik man nå skal etablere med hjerte – karregisteret, som er forskriftsregulert og fritatt fra samtykke. Dette vil medføre en automatisk kobling av svært mange pasientopplysninger, noe som vil være en ulempe for personvernet. Dette er ikke drøftet i dokumentet.

Med hilsen

Lars A. Akslen (sign.).
Leder, DNP

4.1.4. Nasjonale faglige retningslinjer for lungekreft

Deres ref.:

Vår ref.:

Dato 26.8.11

Den norske legeforening
ved Terje Sletnes

Høringssvar - Nasjonale faglige retningslinjer for lungekreft

Den norske patologforening (DNP) har fått til høring utkast til ***Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av lungekreft.*** Utkastet har vært diskutert internt i DNP.

Grunnleggende diagnostikk av lungekreft utføres av patologer med spesialkompetanse innen histopatologisk og cytopatologisk vurdering. En kan ikke se at patologer i det hele tatt har vært involvert i arbeidet med dette utkastet til nye retningslinjer. **Dette er i så fall ikke akseptabelt, og det bryter med det som har vært praksis ved utarbeidelse av tilsvarende retningslinjer for annen type kreft.**

Det er også slik at det lille som står anført om patologi må karakteriseres som faglig særdeles mangelfullt. DNP kan ikke anbefale at retningslinjene godkjennes før denne del av dokumentet utarbeides av kompetente representanter for det fagfeltet som utfører arbeidet. DNP vil være behjelpelige med å formidle kontakt til de aktuelle fagmiljø og personer slik at dette kan gjøres tilfredsstillende.

Som eksempler på forhold innen patologi som er naturlig å omtale i denne type retningslinjer kan kort nevnes: mer gjennomarbeidet innledning med presentasjon av svulsttyper og klassifikasjon, standard for remisseopplysninger (hva skal oppgis av kliniske opplysninger ved innsending av patologisk anatomiske prøver), makroskopisk bedømmelse av preparater og snittuttak (ferskt prep, nedfrysing av vev, cytogenetisk us), vurdering av biopsier og cytologiske preparater (hvilken informasjon skal

inkluderes), vurdering av reseksjonsrender, immunhistokjemiske undersøkelser, molekylærpatologiske undersøkelser (for eksempel EGFR mutasjoner), og andre forhold.

KONKLUSJON

Den norske patologforening kan ikke se at patologer har vært involvert i dette viktige arbeidet, selv ikke ved omtale av patologisk anatomisk diagnostikk. Dette finner vi uakseptabelt. Det lille som er beskrevet om disse forhold er mangelfullt og faglig ikke akseptabelt.

DNP anbefaler at det snarlig oppnevnes representanter innen vårt fagfelt til å utarbeide faglig tilfredsstillende og forsvarlige retningslinjer og anbefalinger for patologisk anatomisk diagnostikk. Dokumentet kan, etter vår oppfatning, ikke publiseres før dette er utført. Vi vil være behjelpelige med å formidle kontakt til aktuelle fagmiljøer.

Med hilsen

Lars A. Akslen (sign.)
Leder, DNP

4.2. Annen korrespondanse

4.2.1. Brev til NFKC vedrørende kvalitetssikringsdokument for cervixscreening

Deres ref.:

Vår ref.:

Dato: 5.10.2011

Til leder av Norsk forening for klinisk cytologi
Jon Lømo
Avdeling for patologi, Ullevål
Oslo universitetssykehus

Vedrørende rapporten "Kvalitetssikring i cervixscreening"

Styret i DNP har mottatt rapporten *Kvalitetssikring i cervixscreening* for styrets tilslutning. Rapporten ble diskutert på styremøte 9.6. og 29.9.2010. Styret gjorde følgende vedtak:

Vedtak: Det faglige innhold i rapporten godkjennes. Praksis bør være at patologiavdelinger skal være ledet av spesialist i patologi, og at ledelse av cytologivirksomheten i avdelingen skal legges til spesialist i patologi med spesialkompetanse i cytologi. Dokumentet er ikke i samsvar med dette. Styret vil derfor be om et nytt utkast der dette er endret. Brev om dette sendes til NFKC.

Etter styrets kommentarer har NFKC bearbeidet dokumentet og oversendt nytt utkast som ble behandlet på styremøte i DNP 7.6.11. Styret kan ikke se at dokumentet er tilstrekkelig justert med hensyn til våre kommentarer. Vi finner fortsatt at det ikke fremgår tydelig at avdelingsleder skal være lege, men tvert i mot at det fortsatt åpnes for at andre enn leger kan være avdelingsledere; sitert fra side 8 i rapporten; " Det må være en tydelig organisering med klar plassering av medisinskfaglig, bioingeniørfaglig og administrativt ansvar og myndighet (4). Det vises til Myndighetenes retningslinjer for ledelse i sykehus (6). Det åpnes for ulike organisasjonsmodeller, og valg av denne vil avhenge av bl.a. avdelingens størrelse. Avdelingsleder er endelig ansvarlig for cytologivirksomheten. "

Med bakgrunn i vedtak fra styremøte 29.9.10 godkjente ikke styret dokumentet. Styret ber derfor om et nytt utkast der styrets synspunkt klart og entydig fremkommer.

Som fagmedisinsk forening har DNP det prinsipielle syn som fremgår av vårt vedtak. Siden NFKC er en underforening, må det aktuelle dokument være i samsvar med DNP's holdning og vedtak. Dersom dette ikke er mulig, må en vurdere om dagens sammensetning og funksjonsform til NFKC er hensiktsmessig.

Med hilsen

Lars A. Akslen (sign.)
Leder, DNP

4.2.2. Brev til Helsedirektoratet vedrørende formalisering av utdanning for Rettsmedisinere

Deres ref.:

Vår ref.:

18.12.11.

Helsedirektoratet

Den norske patologforening (DNP) vil herved be Helsedirektoratet vurdere hvordan rettsmedisin, og da særlig rettspatologi, kan bedre forankres i relasjon til spesialisthelsetjenesten.

Forankringen av rettsmedisin som medisinsk fagområde har vært mangelfull. Fagets relasjoner til politimyndighetene (sakkyndighet) og til universitetene (forskning og undervisning) har lang tradisjon, men tilknytning til spesialisthelsetjenesten (som spesialitet eller grenspesialitet) mangler. Problemstillingen har vært utredet flere ganger gjennom mange år, men har ikke funnet sin løsning. Det har vært diskutert hvorvidt rettsmedisin kunne etableres som ny hovedspesialitet eller grenspesialitet, men Legeforeningen har ikke funnet å kunne støtte dette tidligere.

Norsk Rettsmedisinsk Forening (NRF) meddelte i 2009 at man ensidig hadde etablert en intern sertifiseringsordning for rettsmedisinere og begynt å praktisere denne. Ordningen medførte samtidig en kravspesifikasjon med kraftig reduksjon av patologitjeneste. DNP protesterte på dette og mente at det var svært uheldig å redusere kompetansen i rettspatologi, en vesentlig bærebjelke i rettsmedisin, i forhold til dagens praksis (vedlegg).

Etter dialog med Legeforeningen oppnevnte denne primo 2011 en arbeidsgruppe med representanter fra DNP og NRF for å utrede ulike modeller for hvordan rettsmedisin bedre kan struktureres og forankres faglig. Gruppen har hatt noen møter i løpet av året, men DNP er bekymret for at prosessen ikke viser tydelig fremdrift. I mellomtiden har NRF fortsatt sin sertifiseringspraksis. FHI lyser dessuten ut stillinger innen rettsmedisin med henvisning til ordningen (vedlegg).

DNP er enig i at det er behov for en formalisert godkjenningsordning for rettsmedisinere. Vi er kritiske til den pågående sertifisering som utføres fra NRF da vi mener den innebærer en endring av faget med en uakseptabel svekkelse av rettspatologi og et brudd med en lang og god faglig tradisjon. Det er verdt å merke seg at forslaget også er omstridt i det rettsmedisinske fagmiljø.

Den norske patologforening anmoder derfor Helsedirektoratet om å vurdere hvordan rettspatologi og rettsmedisin kan forankres faglig i forhold til spesialisthelsetjenesten. Vi anser dette som en viktig del av rettssikkerheten, og det vil innebære en markert svekkelse av rettsmedisinen dersom rettspatologien, som blant annet omfatter en viktig gruppe obduksjoner både av unge og eldre med naturlig dødsårsak, reduseres. I tillegg vil dette svekke selve patologifaget og den viktige kompetanse patologer får ved rettsmedisinsk erfaring.

Med hilsen

Lars A. Akslen (sign).
Leder, Den norske patologforening

5. RAPPORTER

5.1. Fagutvalget

Rapport fra Fagutvalget (v/Ståle Sund og Peer Kåre Lilleng).

Fagutvalget har for tiden følgende sammensetning:

- Ståle Sund, Avd. for patologi, Førde sentralsjukehus (representant for styret og utvalgets leder).*
- ☒ *Peer Kåre Lilleng, Avd. for patologi/Gades Institutt, Haukeland Universitetssykehus, Bergen (representant for spesialitetskomitéen).*
- ☒ *Birgitte Karlsen, varamedlem, Avd. for patologi, Vestfold sentralsykehus, Tønsberg .*
- Gøril Knutsvik, varamedlem, Avd. for patologi, Haukeland Universitetssykehus, Bergen.*

Fagutvalgets to medlemmer har ved behov hatt kontakt på telefon og via e-mail siste år. Fokus har stadig vært på oppgradering av kurstilbud for spesialistkandidater i patologi.

Som referert på Årsmøtet 2011, ble forslag om endret kurskrav, inkl. oppgradering av antall obligatoriske kurs, anbefalt av Dnlf i brev til Helsedirektoratet datert 01.07.2010. Bekreftelse på slik godkjenning er senere mottatt i brev fra Helsedirektoratet til Dnlf, datert 18.08.2011.

Fagutvalget og styret for Dnp har siste år, i samarbeid med Spesialitetskomiteen, deltatt i utformingen av oppdaterte utdanningskrav for spesialiteten patologi, herunder revidert målbeskrivelse for patologi med prosedyrekrav, attestasjonsskjema og kurskrav (kfr. separat orientering på Årsmøtet).

Endret kurskrav innebærer:

Kursutdanning:

200 timer (økning fra 140 timer). herav ca. 90 timer obligatoriske kurs og 80 kurstimer innen emner fra den spesielle patologi, fortrinnsvis med snittseminar.

Følgende kurs er obligatoriske:

Rettsmedisin

Eksfoliativ cytologi med punksjonscytologi

Obduksjonspatologi med ikke-neoplastisk nevropatologi

Klinisk molekylærpatologi

Det fremgår av kursgodkjenningen hvilke kurs som gir tellende kurstimer innen "emner fra den spesielle patologi". Slik godkjenning gis til kurs som inneholder praktisk patologisk-anatomisk diagnostikk, med hovedvekt på makroskopisk og/eller mikroskopisk undersøkelse eller alternative metoder inklusive molekylærpatologiske teknikker.

For å oppfylle kravet om minimum 200 timer, skal det suppleres med ca. 30 timer valgfrie kurs godkjent for spesialiteten.

I tillegg kreves gjennomført obligatorisk kurs i administrasjon og ledelse.

Det nye kurskravet gjøres gjeldende fra 1. januar 2016. Det gis anledning til å søke om spesialistgodkjenning i patologi i henhold til någjeldende og nytt kurskrav i en overgangsperiode frem til 1. januar 2016.

Fagutvalget vil få takke alle dem som har bidratt med å gjennomføre etterutdanningskursene i siste periode.

Erfaringene med det "nye kurstilbudet" har variert mht. gjennomføring av foreslåtte kurs i organpatologi. Tidligere forslag til fortløpende avvikling av faste organkurs ("kategori B"-kurs fra den spesielle patologi) er bare delvis blitt fulgt opp.

På den annen side er inntrykket at det har vært stor interesse for arbeidet med oppgraderingen av de nasjonale kursene, og responsen fra fagmiljøene knyttet til de nye obligatoriske kursene har vært udelte positiv. Intensjonen med å involvere Dnp's faggrupper i kursvirksomheten ser langt på vei ut til å lykkes, selv om erfaringene også her er varierte så langt.

Vi er fullt oppmerksomme på at fagmiljøene av mange årsaker for tiden er sterkt presset, og at de fleste patologiavdelinger preges av marginale eller mangelfulle ressurser sett i forhold til de oppgavene de er pålagt. Fagutvalget håper likevel det skal være mulig på sikt å gjennomføre ambisjonen om avvikling hvert 4. år av de mest aktuelle organkursene.

Det skal minnes om at kurs også kan arrangeres av andre enn faggruppene, ikke minst innenfor de organsystemer hvor etableringen av fungerende faggruppene er blitt forsøkt.

Som påpekt i fjorårets rapport fra Fagutvalget, har det vært ytret en viss bekymring for at det nå "blir for mange kurs". Fagutvalget vil igjen få minne om den generelle tilslutning til kursplanen som ble gitt av Den norske patologforening gjennom Årsmøtet i 2009. En oversikt over tentativ kursavvikling hvert 4. år for organkursene viste at planen er gjennomførbar med stort sett 4-5 kurs årlig inkludert de obligatoriske kursene (Vedlegg til sak 13, Årsmøtet 2009).

Intensjonen må derfor stadig være en fortsatt prioritering og videreutvikling av kurstilbudet for våre spesialistkandidater, i tråd med vedtaket fra Årsmøtet 2009 og med de nå endrede kurskrav til spesialiteten patologi. Vi oppfordrer stadig til å dele på arbeidsoppgavene og til gjenbruk av kursmateriell.

Et populært tilskudd til det "norske" kurstilbudet har vært Lars Egevads "kurs i prostatapatologi for norske patologer". Dette kurset ble holdt i 2011 i Stockholm og vil bli gjentatt høsten 2012. Kurset holdes hovedsakelig som en arbeidsintensiv "work-shop" og har fått svært positiv evaluering av deltagerne. Inntrykket er at Lars Egevad ønsker å tilby dette kurset årlig i tiden framover.

Vi vil også få fremheve M.D. Anderson snittseminar, som nå arrangeres for 3. gang av Rune Lilleng med bidrag fra amerikanske kolleger - et spennende supplement til de "nasjonale" kursene! I år settes av en dag til urologisk patologi og en dag til thyreoidea og hud (melanocytiske lesjoner).

DNP Årsrapport 2011

Husk også nettkurset ved Cecilie Alfsen: "Hvordan fylle ut dødsattester" – alltid tilgjengelig!
Se Dnp's hjemmeside.

Fagutvalget ser som sin oppgave å bidra til at kursene avvikles uten at det oppstår kurskollisjoner, men kan ikke påta seg det endelige ansvar for dette. Vi vil igjen anmode fremtidige kursarrangører om å melde planlagte kurs i god tid til Fagutvalget. Vi vil også få minne om at annonserte kurs nå fortløpende legges ut på patologforeningens nettside

Nasjonale patologikurs avholdt/planlagt 2011-2012:

Emne	Tid	Sted	Kommentar
Årsmøte NFKC	Februar 2011	Gardermoen	Cervix-cytologi
Årsmøte Dnp med kurs	Mars 2011	Oslo	Inkl. kurs kutane lymfomer, FNAC
Hudpatologi	April 2011	HUS, Bergen	Kurs planlegges hvert 3. år (obligatorisk for spes. dermatologi)
Ikke-neoplastisk lungepatologi	Mai 2011	UNN, Tromsø	Kursleder S. Al-Saad
"Prostatapatologi for norske patologer"	September 2011	Stockholm	Kursleder L.Egevad, Karolinska hosp.
Eksfoliativ cytologi med FNAC	November 2011	Oslo	Hvert annet år (fra 2016 oblig. kurs)
Årsmøte NFKC	Februar 2012	Gardermoen	Inkl. lungecytologi, cervixcytologi. OUS
Forskning i patologi	8. mars 2012	Bergen	Kursleder L. Akslen, HUS
Årsmøte Dnp	9.-10. mars 2012	Bergen	HUS
Kurs i bein-patologi	18.-20. april 2012	Montebello kurscenter, Lillehammer	Kursledere B. Bjerkehagen, OUS og H.Kr. Haugland, HUS
Lymfomer	7.-8. mai 2012	Oslo, DNR	Faggruppe for lymfomer, v/L. Helgeland HUS og J. Delabie, OUS
Klinisk molekylærpatologi	21.-22. mai 2012	Trondheim	Kursledere A. Bofin, St.Olavs hosp. og A. Molven, HUS (fra 2016 oblig. kurs*)
M.D. Anderson snittsminar	7.-8. juni	Oslo	Urinveier, thyreoidea, melanocytproliferasjoner. Kont.pers. R. Lilleng, Drammen

DNP Årsrapport 2011

"Prostatapatologi for norske patologer"	17.-20. september	Stockholm	Kursleder L.Egevad, Karolinska hosp
Obduksjon og ikke-neoplastisk nevropatologi	Høst 2012 eller vår 2013	Oslo	Faggruppe for obduksjonspatologi (fra 2016 oblig. kurs*)

* Klinisk molekylærpatologi: Neste kurs blir sannsynligvis 2015, deretter hvert 2. år.

Planlagte/foreslått kurs 2013:

Emne	Tid	Sted	Arrangør	Status februar 2012
Obduksjon og ikke-neoplastisk nevropatologi	Høst 2012 eller vår 2013	Oslo	Faggruppe for obduksjonspatologi	Kurset er annonsert (fra 2016 oblig. kurs)
Årsmøte Dnp - med kurs i barnesvulster	Vår 2013	Trondheim	St. Olavs Hospital	Annonseres på Årsmøtet 2012
Rettsmedisin for patologer	Høst 2013	Oslo	Folkehelseinstituttet	Kurset er annonsert. Obligatorisk kurs, hvert 3. år.
Eksfoliativ cytologi med FNAC	Høst 2013	Bergen	HUS	Kurset er annonsert. Obligatorisk kurs, hvert 2. år.
Barne- og svangerskapsrelatert patologi (med placenta)	2013		Faggruppe for perinatal og placenta-patologi	Planlagt kurs hvert 3. år, sist arr. 2010

Planlagte/foreslåtte kurs, tidspunkt utsatt:

Emne	Tid	Sted	Arrangør	Status februar 2012
Ovarialtumores	2013?	Oslo	Oslo Univers. Sykehus/ DNR	Tidligere annonsert kurs-utsatt
Mamma	Planlagt 2013	Bergen	Rådgivende gruppe for	Planlagt kurs

DNP Årsrapport 2011

			mammapatologi	
Thyreoidea	Planlagt 2014	Bergen	HUS	Planlagt kurs
Neoplastisk lungepatologi	?			Foreslått/planlagt kurs

Fagutvalget vil også få minne om følgende oversikt over de såkalte Kategori B-kurs: Intensjonen er at disse organkursene bør gjentas regelmessig (som hovedregel hvert 4. år):

Emne	Hyppighet	Status
Hud	Hvert 3. år	Etablert kurstilbud; obligatorisk for spes. i dermatologi; sist arrangert 2011
Gastrointestinal	Hvert 4. år	Sist arrangert 2009
Gynekol.: Cervix/corp. uteri	Hvert 4. år	Sist arrangert 2008
Gynekol.: Ovarier	Hvert 4. år	Planlagt 2013?, sist arrangert 1998
Testis	Hvert 4. år	Sist arrangert 2004
Prostata-urinveier	Hvert 4. år	Sist arrangert 2000; men obs. Egevads "prostatakurs for norske patologer"
Mamma	Hvert 4. år	Planlagt kurs 2013; sist arrangert 2003
Lever	Hvert 4. år	Sist arrangert 2008
Lymfomer	Hvert 4. år	Arrangeres 2012 (Faggruppe) Sist arrangert 2000
Barne- og svangerskapsrelatert patologi (med placenta)	Hvert 3. år	Arrangeres 2013 (Faggruppe)
Lunge	Hvert 4. år	Ikke-neoplast. lungepat. Arr. 2011. Neoplastisk lungepatologi -sist arrangert 1985!

Førde og Bergen, 11.02.2012.

Ståle Sund

Peer Kåre Lilleng

5.2. IAP

Aktiviteten til den norske grenen av IAP har i 2011 vært sammenfallende med aktiviteten i Den norske patologforening.

5.3. Forskningsutvalget

Forskningsutvalgets medlemmer og mandat

I Den norske patologforeningens (DNP) styremøte 28. mai 2008 ble følgende vedtatt:
DNP oppretter et Forskningsutvalg (FU). FU skal ha 4-5 medlemmer. Ett av medlemmene bør sitte i DNP's styre. Medlemmene velges for en periode på fire år av gangen.

02.10.08 ble FUs medlemmer oppnevnt og består av:
Wenche Reed (leder) styremedlem, biobankleder, Oslo universitetssykehus
Ole P. F. Clausen professor, Oslo universitetssykehus
Karsten Gravdal overlege, Haukeland universitetssykehus
Sonja E. Steigen overlege, Universitetssykehuset Nord-Norge
Sverre H. Torp professor, St. Olavs hospital

28.05.08 vedtok styret i DNP følgende mandat for FU:
Forskningsutvalget skal arbeide for etablering av initiativ og tiltak som kan øke forskningsaktivitet i norske patologimiljøer, stimulere til samarbeid mellom ulike miljøer der dette er naturlig, og arbeide for synliggjøring av pågående forskningsaktivitet.

I tillegg ble det gitt følgende føringer for arbeidet fremover:

1. Utarbeide en rapport om pågående forskningsaktivitet i patologi, gjerne med basis i en undersøkelse av våre miljøer, som en oppdatering til tidligere rapport fra strategiutvalget
2. Innhenting av informasjon om forskning til DNP's årsrapport
3. Kursvirksomhet innen forskning i samarbeid med styret
4. Bedre synliggjøring av forskning på DNP's internettsider.

Innholdsfortegnelse

Aktiviteter for forskningsutvalget 2011	56
Vedlegg 1 - Oppfølging av forsknings- og biobankaktivitet	58
Vedlegg 2 – Prissetting av forskningstjenester	62
Vedlegg 3 – Brev til avdelingsledere	65
Vedlegg 4 – Møtereferater 2011	68

Aktiviteter for forskningsutvalget 2011

1. Møteaktivitet

Det er avholdt 3 møter, 02.02.11, 26.06.11 og 02.11.11, se referater (vedlegg 4).
02.02.11 deltok Elisabeth Søyland fra Legeforeningens utvalg for Utdanning, forskning og fagutvikling.

2. Høringsinstans for styret i DNP

- Rapport fra DNLF – Biomedisin – status, scenarioer og anbefalinger
- Målbeskrivelse for spesialiteten patologi - endring av spesialistutdanningen
- Forskerkurs for patologer
- Nye statutter for Nyrebiopsiregisteret

3. Rapport Forskning og forskningssamarbeid – praktiske retningslinjer for bruk av biobank 2011

Rapporten ble ferdigstilt i 2011 og presentert på Årsmøtet mars 2011.

4. Spørreundersøkelse - Oppfølging av tidligere rapporter

- a. Forsknings- og biobankaktivitet på avdelingene
Tidligere *rapport om forskning 2009* og *om biobank 2010* ble fulgt opp med et spørreskjema sendt ut til alle avdelinger for patologi om organisering av forsknings- og biobankaktivitet (vedlegg 3). Svarene fra avdelingene og kommentarer fra FU er sammenfattet i vedlegg 1.

Forskningsutvalget i DNP ønsker å følge opp pågående eksterne prosesser vedr. kombinerte stillinger og doble karriereløp, noe som kan bidra til å styrke forskningsmulighetene i klinikk.

- b. Prissetting av biobanktjenester i forskningsprosjekter

Gjennom samme spørreundersøkelser ble praksis for betaling av forskningstjenester kartlagt på 15 av 16 landets patologiavdelinger. Dette blir redegjort for i vedlegg 2. Svar på spørreundersøkelsen antyder at flertallet ønsker en timebasert rate hvor en også tar hensyn til materiellbruk og rekvirent. Det anslås ulike priser mellom leger ved egen avdeling, rekvirent fra annen avdeling samme sykehus, fra andre sykehus og industri.

Basert på resultatet av kartleggingen vil forskningsutvalget arbeide videre med et taksthefte i 2012, som planlegges presentert på DNPs årsmøte i 2013. I første omgang ser vi for oss en tredelt prissetting av forskningstjenestene:

- timepris basert på hvilke ressurser som brukes
- stykkpris for antall og type prøver (blokk, snitt, immunfarging m.v.)
- rekvirent/samarbeid

I størst mulig grad bør slike tjenester ligge innenfor arbeidstid og inntektene legges inn på en forskningskonto for avdelingen. Eventuelt vil noe av kostnadene dekke overtidsarbeid og overskytende legges inn på en egen konto.

5. Medisinske kvalitetsregistre

Det er utarbeidet en *Orientering om registre*, som vil bli fremlagt på årsmøtet mars 2012.

6. **Nettside**

- Nettsiden oppdateres fortløpende i samarbeid med nettstedaktør G. Cecilie Alfsen
- Intervju på nettsiden med Sverre H. Torp og en av hans medisinerstudenter: Forskerlinjen – også for patologi

7. **DNP's forskningspris**

- To av medlemmene (Sonja Steigen og Sverre H. Torp) satt i vurderingskomiteen for årets forskningspris – som ble utdelt på DNP's årsmøtet 2011.
- To av medlemmene (Karsten Gravdal og Sverre H. Torp) sitter i vurderingskomiteen og skal dele ut pris for beste frie foredrag og pris for beste poster på årsmøtet 2012.

8. **Oppgaver for 2012**

Oppgaver som forskningsutvalget vil arbeide videre med i 2012 er:

- Følge opp eksterne prosesser med bl.a. kombinerte stillinger (punkt 4a)
- Taksthefte for forskningstjenester (punkt 4b)
- Utvidet reisestipend for deltagelse på kongress med presentasjon LIS

Vedlegg 1 - Oppfølging av forsknings- og biobankaktivitet



Den norske patologforening

DEN NORSKE LEGEFORENING

NOTAT

- OPPFØLGING AV FORSKNINGS- OG BIOBANKAKTIVITET PÅ PATOLOGIAVDELINGENE

Til: Styret i DNP
Fra: Forskningsutvalget
Dato: 10.02.12

Bakgrunn

5. Forskningsutvalget (FU) i Den norske patologforening ble opprettet i 2008 og en viktig oppgave for FU var

6. Å utarbeide en rapport om pågående forskningsaktivitet i patologi, gjerne med basis i en undersøkelse av patologiavdelingene, som en oppdatering til tidligere rapport fra strategiutvalget. Gjennom et spørreskjema ble det innhentet informasjon fra i alt 14 av 19 avdelinger. Det ble utarbeidet en rapport fra FU i 2009, som oppsummerte spørreundersøkelsen. På basis av innhentet informasjon foreslo FU en rekke tiltak for å styrke forskningsaktiviteten:

7.

1. Utarbeide en handlingsplan for forskning på den enkelte patologiavdeling, med satsningsområder og utfordringer, samt tiltak for å nå sine mål
2. Opprette egne forskningsutvalg på større avdelinger, som tilrettelegger for at hver enkelt lege kan forske
3. Arbeide for flere delte universitetsstillinger
4. Øke forskningssamarbeid mellom universitetsavdelinger og ikke-universitetsavdelinger
5. Ivareta patologiavdelingenes biobanker til beste for diagnostikk og fremtidig forskning innenfor normal avdelingsdrift
6. Økt fokus på forskning gjennom Den norske patologforenings nettside, med bidrag fra forskningsutvalget, styret og enkeltmedlemmer
7. Holde forskerkurs
8. Arbeide aktivt for en bredere undervisning av medisinstudenter innen patologi, av patologer

I forbindelse med utarbeiding av en strategi for biobankvirksomhet (rapport Strategi for biobankvirksomhet 2010) ble det sendt ut en forespørsel til patologiavdelingene om deres biobankvirksomhet. På basis av informasjon innhentingen foreslo FU også her enkelte tiltak, bl.a.:

1. Etablering av prospektive forskningsbiobanker

2. Etablering av retningslinjer for uttak av vev til forskning

På årsmøtet 2011 ble det vedtatt at FU skulle følge opp de foreslåtte tiltak gjennom en ny forespørsel til patologiavdelingene.

Resultater av utsendt spørreskjema

Det ble sendt ut en skriftlig forespørsel 25.07.11 til alle sykehusavdelinger for patologi, i alt 16 avdelinger. 15 avdelinger svarte, 6 av 6 universitetsavdelinger og 9 av 10 ikke-universitetsavdelinger. Kommentarer fra DNPs forskningsutvalg er i kursiv.

Etablering av forskningsutvalg og handlingsplan for forskning

I alt 5/6 universitetsavdelinger har etablert et forskningsutvalg og 3/6 en forskningsstrategi, noe flere enn tidligere, men kun 1 av 9 ikke-universitetsavdelinger. Oppgaver til forskningsutvalgene varierer:

- Vurdering av eksterne søknader for utlevering
- Vurdere samarbeidsprosjekter
- Rådgivning for avdelingsleder
- Stimulere LIS
- Arrangere seminarer

Kommentar

Opprettelse av et forskningsutvalg er et viktig tiltak for å løfte forskning opp som en del av avdelingens oppgaver og stimulere til forskningsaktiviteter, gjennom utarbeidelse av en forskningsstrategi med handlingsplaner og satsningsområder. Forskningsutvalget bør også ha som oppgave å legge avdelingens biobankvirksomhet til rette for forskning, samt håndtere henvendelser om utlevering av forskningsmateriale fra biobankene og om forskningssamarbeid. Leder av forskningsutvalget bør være en annen enn avdelingsleder.

Etablering av biobankansvarlig og tilrettelegging for forskning

Mer enn halvparten har opprettet en biobankansvarlig på avdelingen, men kun en avdeling angir et mandat for stillingen. Når det gjelder å tilrettelegge biobankvirksomheten for forskning er situasjonen relativt uforandret fra 2010, dvs. at litt over halvparten av universitetsavdelingene har egne tiltak for dette, men ingen av ikke-universitetsavdelingene har dette.

Kommentar

Ved opprettelse av en biobankansvarlig på avdelingen bør det utarbeides et mandat/stillingsinnhold. Dette vil tydeliggjøre avdelingens strategi for sin biobankvirksomhet. Den biobankansvarlige bør være rådgivende overfor avdelingsleder og avdelingens forskningsutvalg. Biobankansvarlig bør involveres i tilrettelegging av biobanken for forskning enten som rådgiver eller direkte ansvarlig for forskningstjenester.

Involvering av LIS i kvalitetssikringsarbeid og forskning

Dette er ikke tidligere undersøkt, men det er gledelig at de fleste avdelingene involverer LIS i kvalitetssikringsarbeid gjennom avviksprosedyrer, samt ønsker at LIS deltar i forskningsaktivitet etter 1 – 2 år på avdelingen. Dette gjelder for begge grupper.

Kommentar

Som et ledd i kvalitetssikringsarbeid og forskning anbefales at LIS tidlig tar i bruk sjekklister/veileder i biopsibesvarelsen av maligne svulster, samt koding av den histopatologiske besvarelsen. I tillegg til at LIS involveres i forskningsprosjekter er det nødvendig med god oppfølging underveis i prosjektarbeidet. Vi anbefaler at alle LIS deltar på forskerkurs i løpet av utdannelsen.

D-stillinger

Kun universitetsavdelingene har D-stillinger. Den brukes både til mindre forskningsprosjekter og doktorgradsarbeid.

Kommentar

Vi minner om at D-stillinger skal brukes til forskning i minst 50 % av stillingen og anbefaler at den fortrinnsvis går til doktorgradskandidater. Det er også mulighet for en viss fleksibilitet, slik at en D-stilling evt. kan deles på flere LIS.

Avdelingens forskningsaktivitet

Det er generelt et ønske om å styrke forskningsaktivitetene for begge avdelingsgrupper, men det anføres at vil kreve flere ressurser og mer tid. Rekruttering til faget er også løftet frem som en bekymring.

Kommentar

Forskningsutvalget i DNP ønsker å følge opp pågående prosesser vedr. kombinerte stillinger og doble karriereløp, noe som kan bidra til å styrke forskningsmulighetene i klinikk.

Tabell – oppsummering av alle svarene gjengitt samlet som kulepunkter, gruppert i universitetsavdelinger og ikke-universitetsavdelinger.

Spørsmål	Svar <i>Universitetsavdeling</i>	<i>Ikke-universitetsavdeling</i>
1. Har avdelingen etablert et FU*?	Ja 5/6	Ja 1/9
– hvis ja beskriv kort utvalgets aktiviteter/mandat	– Vurdering av eksterne søknader for utlevering – Vurdere samarbeidsprosjekter – Rådgivning for avdelingsleder – Stimulere LIS – Arrangere seminarer – Utarbeide forskningsstrategi	– Stimulere til forskningsaktivitet – Stimulere til samarbeid med eksterne
2. Har avdelingen utarbeidet en handlingsplan for forskning?	Ja 3/6	Ja 1/6 1 ikke svart 1 innledet samarbeid med instituttsektor
– hvis ja, beskriv kort innholdet, evt. legg ved som eget dokument	– Forskningsledelse – Økonomistyring – Registrering av prosjekter – Identifisering av satsningsområder	– Strategisk plan med forskningsmål og finansiering
3. Har avdelingen egen biobankansvarlig?	Ja 4/6	Ja 5/9
– hvis ja, beskriv kort mandatet	– Rådgiver for avdelingsleder vedr. biobank – Etablere retningslinjer for bruk av biobank – Oversikt over biobanker	– Ikke utarbeidet mandat
4. Har avdelingen egne tiltak for å legge den diagnostiske biobanken bedre til rette for	Ja 4/6	Nei (9/9)

DNP Årsrapport 2011

forskning, for eksempel nedfelte prosedyrer for fiksering, ekstra uttak av vev, osv.?		
– hvis ja, kort beskrive tiltakene	<ul style="list-style-type: none"> – Skriftlige retningslinjer for eksterne henvendelser mhp uttak, snitting og farging – Nedfrysing av vev fra enkelte tumorgrupper 	
5. Hvordan involveres LIS** i forskningsarbeid og hvor raskt i forløpet av en spesialiseringstid?	<ul style="list-style-type: none"> – Oppfordres til deltagelse etter 1-2 år – Oppfordres til deltagelse etter 3 år – Tilbud om kurs – Tilbud om tjeneste på molekylærpatologi med opplæring i forskning 	<ul style="list-style-type: none"> – Del av utdanningsplan – Uttak av tumorvev for forskning – Deltagelse på forskningskurs – Planlegger bredere involvering
6. Hvordan involveres LIS i kvalitetssikringsarbeid?	<ul style="list-style-type: none"> – Avviksmeldinger – Gjennomgang av materiale 	<ul style="list-style-type: none"> – Avviksmeldinger – Involvering i kvalitetssikringsdokumenter
7. Har avdelingen D-stillinger?	Ja 5/6	
– hvis ja, hvor mange og hvordan utnyttes den stillingsandelen som ikke brukes til diagnostikk	<ul style="list-style-type: none"> – Mindre prosjekter – Planlegger stilling til doktorgradskandidat – For tiden ledig stilling 	Ingen D-stilling (8) Ikke svart (1) Planlegges opprettet en stilling i 2013 (1)
8. Er avdelingen fornøyd med sine forskningsaktiviteter?	Ja 2/5 Ikke svart (1) For liten aktivitet grunnet for liten tid (2) og manglende finansiering (1)	Ja (4/9)
– hvis ja, hva er det man er mest fornøyd med	<ul style="list-style-type: none"> – Stor antall doktorgrader – Pågående forskningsaktivitet 	<ul style="list-style-type: none"> – Økt antall publikasjoner – Økt samarbeid med eksterne – Noe finansiering fra HF – Pågående forskningsaktivitet
– hvis nei, hvilke planer har man for å bedre forskningsaktiviteten	<ul style="list-style-type: none"> – Styrke ressursene ved avdelingen – Bedre organisering av rutinearbeid – Søke finansiering – Stimulering av LIS – Satse på kombinerte stillinger 	<ul style="list-style-type: none"> – Bedre bemanning og mindre rutinebelastning – Styrke forskningsaktiviteten – Øke rekruttering til patologifaget – Mulighet for forskningsfinansiering gjennom RHF
9. Andre kommentarer	DNP bør informere eksternt om forskningens dårlige vilkår	

Vedlegg 2 – Prissetting av forskningstjenester



Den norske patologforening

DEN NORSKE LEGEFORENING

NOTAT

- PRISSETTING AV FORSKNINGSTJENESTER

Til: Styret i DNP
Fra: Forskningsutvalget
Dato: 10.02.12

Bakgrunn

Forskningsutvalget (FU) i Den norske patologforening utarbeidet i 2011 Rapport Forskning og forskningssamarbeid – praktiske retningslinjer for bruk av biobank. I rapporten ble prissetting av patologitjenester ved utlevering av vevsprøver kort drøftet:

”Kostnader

Kommersiell utnyttelse av forskningsdeltagere, humant biologisk materiale og helseopplysninger som sådan er forbud (Helseforskningsloven § 8).

Men den som får utlevert humant biologisk materiale fra en behandlingsbiobank til forskning kan pålegges å dekke de kostnader som påløper for den avdeling/klinikk som forvalter den diagnostiske biobanken. Hvilke kostnader som skal dekkes må til en viss grad baseres på skjønn, avhengig av hvilket samarbeid som inngås om forskningsprosjektet og hvorvidt legemiddelindustrien er involvert. Det vanligste er å beregne en timepris for arbeidet (hente frem, velge ut, kvalitetssikre blokkene, osv). Det lønner seg å presisere hvor pengene skal utbetales og innen hvilken tidsfrist.

Forskningssamarbeid er ressurskrevende og fornuftige ordninger for økonomisk kompensasjon bør utarbeides i hvert enkelt tilfelle.”

På årsmøtet fikk FU i oppgave å kartlegge nærmere hvordan prissetting løses på de enkelte patologiavdelingene og på bakgrunn av dette komme med en anbefaling.

Oppfølging av prissetting av patologitjenester ved utlevering av biobankmateriale

Det ble sendt ut en skriftlig forespørsel 25.07.11 til alle sykehusavdelinger for patologi, i alt 16 avdelinger. 15 avdelinger svarte, 6 av 6 universitetsavdelinger og 9 av 10 ikke-universitetsavdelinger. Svarene er gruppert i universitetsavdelinger og ikke-universitetsavdelinger.

Oppsummering av spørreundersøkelsen

Her gjengis en kort oppsummering av undersøkelsen.

Timepris

Det er en viss uenighet om det skal være timepris eller stykkpris, basert på antall prøver. Ved beregning av kostnader som en timepris foreslås at denne er basert på takster for overtid og for den enkelte yrkesgruppe.

Kostnader ved bruk av utstyr

Ved direkte uttak av vev anfører enkelte en økt kostnad hvor også bruk av utstyr og oppbevaringstid inngår. Dekning av kostnader til utstyr vil også være aktuelt ved store leveranser.

Forskjellig prising

De fleste mener at kostnadene som beregnes må variere avhengig av hvem som er mottaker, forsker innenfor egen avdeling, eget sykehus eller ekstern. Det er stor grad av enighet om at industrien skal prises høyere enn forskere i det offentlige helseapparatet, men dette vil også avhenge noe av type samarbeid.

Administrasjon

Det er viktig at prisingen av tjenester ikke blir for kompleks og ressurskrevende i seg selv.

DNPs forskningsutvalgs anbefaling

Svar på spørreundersøkelsen antyder at flertallet ønsker en timebasert rate hvor en også tar hensyn til materiellbruk og rekvirent. Det anslås ulike priser mellom leger ved egen avdeling, rekvirent fra annen avdeling samme sykehus, fra andre sykehus og industri.

Basert på resultatet av kartleggingen vil forskningsutvalget arbeide videre med et taksthefte i 2012, som planlegges presentert på DNPs årsmøte i 2013. I første omgang ser vi for oss en tredelt prissetting av forskningstjenestene:

- timepris basert på hvilke ressurser som brukes
- stykkpris for antall og type prøver (blokk, snitt, immunfarging m.v.)
- rekvirent/samarbeid

I størst mulig grad bør slike tjenester ligge innenfor arbeidstid og inntektene legges inn på en forskningskonto for avdelingen. Eventuelt vil noe av kostnadene dekke overtidsarbeid og overskytende legges inn på en egen konto.

Tabell – spørsmål og svar, gruppert i universitetsavdelinger og ikke-universitetsavdelinger

Spørsmål	Svar <i>Universitetsavdelinger</i>	<i>Ikke-universitetsavdeling</i>
1. Har avdelingen egne retningslinjer for å dekke utgifter til uttak av materiale til forskning?	Ja 5/6	Nei (8/9) Ikke svart 1
– hvis ja, kort beskrive	Eget prisskjema (1) Egne takster (1)	

DNP Årsrapport 2011

retningslinjene	Timebetaling for ulike yrkesgrupper (2) Overtidsbetaling (1)	
2. Hvordan bør utlevering av diagnostisk materiale prises – stykkpris, timebetaling, overtidsbetaling, m.v.?	Overtidsbetaling (2) Varierende timepris avhengig av prosjekt (1) Usikker (1) Stykkpris (1)	Timebetaling (2) Stykkpris basert på gjennomsnittlig timebruk (2) Dekke kostnader (1)
– hvis det skal være timepris, skal den regnes ut forskjellig for de forskjellige yrkesgruppene (teknikere, bioingeniører, leger osv.)?	Ja 5/6 Ikke svart 1	Ja (3) Fast sats (3) Ikke svart 3
3. Bør det være egne satser hvis det tas ut vev direkte til forskning (for eksempel fersk frosset vev, ved makrobeskjæring osv.)?	Ja (1) Nei (1) Usikker (2) Ikke svart (2)	Ja (2) Nei (3) Ikke kostnad for egen forskning (1) Vet ikke (2) Ikke svart (1)
– hvis ja, hvordan skal disse satsene beregnes	Etter materiale, tidsbruk og oppbevaringstid (1)	Gjennomsnittlig arbeidstid, material og oppbevaringskostnad (1) Godtgjort gjennom 20 % overlegestilling i ett år Tidsbruk – overtidsbetaling (1)
– hvordan skal bruk av utstyr kostnadsberegnes	Faktisk forbruk (1)	Gjennomsnittskostnad basert på antall prøver (2), men kun ved et visst omfang (1)
4. Skal det være de samme kostnadene for alle forskere, uavhengig om de tilhører egen avdeling, eget sykehus, andre sykehus, legemiddelindustrien, store (?) forskergrupper, stipendiater?	Nei (5) Ikke svart (1)	Nei (3), gratis for egne forskere (1) Ja (4) Vet ikke (1) Ikke svart (1)
– hvis nei, hvordan skal dette prises forskjellig	Prising avhenger av form for samarbeid (1) Dobbel pris for industri (1) Høyere takster for industri (1) Egen avd. dekker utstyrs-kostnader til eget prosjekt, eget sykehus må dekke kostnader, Industri bør prises med en viss fortjeneste for avdelingen (1)	Større kostnader for industri (1)
5. Andre kommentarer		Minst mulig byråkrati/administrasjon (2) Ikke ønskelig med intern fakturering (1)

Vedlegg 3 – Brev til avdelingsledere



Den norske patologforening
DEN NORSKE LEGEFØRENING

Oslo universitetssykehus HF

Postadresse:
Trondheimsveien 235
0514 Oslo

Sentralbord:
02770

Org.nr:
NO 993 467 049 MVA

www.oslo-
universitetssykehus.no

Til: Ledere av landets patologiavdelinger
Kopi: Styret i Den norske patologforening
ved Lars A. Akslen, styreleder
Fra: Forskningsutvalget,
Den norske patologforening
Dato: 25.07.11

Kjære avdelingsledere,

Takk for god respons på tidligere forespørslar fra Forskningsutvalget i Den norske patologforeningen!

Resultatene fra de to forutgående spørreundersøkelsene, gjennomført i 2009 og 2010, ble lagt frem i Rapport fra Forskningsutvalget 2009 og Strategi for biobankvirksomhet 2010. Under årsmøtet 2011 ble det fra årsmøtedeltagerne etterspurt retningslinjer for kortsiktig finansiering, som prissetting av tjenester, for utlevering av biobankmateriale til forskning. I tillegg har styret i DNP bedt Forskningsutvalget om en oppfølging av tidligere undersøkelser.

Hensikten med denne henvendelsen er således todelt:

1. Oppfølgingen av forskningsvirksomheten ved landets patologiavdelinger

Vi ønsker spesielt å fokusere på leger under spesialisering (LIS). Dette er særdeles relevant siden alle spesialitetskomiteene nylig har fått i oppgave å revidere attestasjonsskjema/prosedyrekrav for spesialitetene. Legeforeningen mener at LIS skal tilsettes i faste stillinger i et komplett utdanningsløp, som også inkluderer nødvendig erfaring innen forskningsarbeid og opplæring i forskningsmetoder. Sikring av alle læringselementer skal kunne skje gjennom attestasjonsskjemaer. Spørsmålene finner dere i **vedlegg 1**.

2. Kostnader ved utlevering av materiale

Forsker som får utlevert humant biologisk materiale fra en biobank til forskning kan pålegges å dekke de kostnader som påløper for den avdeling/klinikk som forvalter den diagnostiske biobanken. Hvilke kostnader som skal dekkes må til en viss grad baseres på skjønn, avhengig av hvilket samarbeid som inngås om forskningsprosjektet og hvorvidt legemiddelindustrien er involvert. Det vanligste er å beregne en timepris for arbeidet (hente frem, velge ut, kvalitetssikre blokkene, osv). Spørsmålene finner dere i **vedlegg 2**.

Rapporten Forskning og forskningssamarbeid – Praktiske retningslinjer for bruk av biobank 2011, ble godkjent på Årsmøtet mars 2011, og omhandler tilgang til biobankmateriale for forskning. Den legges derfor også ved som en egen pdf-fil.

Vi ber om at dere tar dere tid til å svare mest mulig utfyllende på spørsmålene innen 30. september 2011.

Svarene kan sendes som elektronisk vedlegg til WRE@ous-hf.no

Med vennlig hilsen,
Wenche Reed, leder av Forskningsutvalget

Oppfølging av forskningsvirksomheten

Spørsmål	Svar <i>Navn på avdeling/sykehus</i>
1. Har avdelingen etablert et FU*? – hvis ja beskriv kort utvalgets aktiviteter/mandat	
2. Har avdelingen utarbeidet en handlingsplan for forskning? – hvis ja, beskriv kort innholdet, evt. legg ved som eget dokument	
3. Har avdelingen egen biobankansvarlig?	
– hvis ja, beskriv kort mandatet	
4. Har avdelingen egne tiltak for å legge den diagnostiske biobanken bedre til rette for forskning, for eksempel nedfelte prosedyrer for fiksering, ekstra uttak av vev, osv.?	
– hvis ja, kort beskrive tiltakene	
5. Hvordan involveres LIS** i forskningsarbeid og hvor raskt i forløpet av en spesialiseringstid?	
6. Hvordan involveres LIS i kvalitetssikringsarbeid?	
7. Har avdelingen D-stillinger?	
– hvis ja, hvor mange og hvordan utnyttes den stillingsandelen som ikke brukes til diagnostikk	
8. Er avdelingen fornøyd med sine forskningsaktiviteter?	
– hvis ja, hva er det man er mest fornøyd med	
– hvis nei, hvilke planer har man for å bedre forskningsaktiviteten	
9. Andre kommentarer	

*FU = forskningsutvalg

**LIS = leger i spesialisering

Kostnader ved utlevering av materiale

Spørsmål	Svar <i>Navn på avdeling/sykehus</i>
1. Har avdelingen egne retningslinjer for å dekke utgifter til uttak av materiale til forskning?	
– hvis ja, kort beskrive retningslinjene	
2. Hvordan bør utlevering av diagnostisk materiale prises – stykkpris, timebetaling, overtidbetaling, m.v.?	
– hvis det skal være timepris, skal den regnes ut forskjellig for de forskjellige yrkesgruppene (teknikere, bioingeniører, leger osv.)?	
3. Bør det være egne satser hvis det tas ut vev direkte til forskning (for eksempel fersk frosset vev, ved makrobeskjæring osv.)?	
– hvis ja, hvordan skal disse satsene beregnes	
– hvordan skal bruk av utstyr kostnadsberegnes	
4. Skal det være de samme kostnadene for alle forskere, uavhengig om de tilhører egen avdeling, eget sykehus, andre sykehus, legemiddelindustrien, store (?) forskergrupper, stipendiater?	
– hvis nei, hvordan skal dette prises forskjellig	
5. Andre kommentarer	

Vedlegg 4 – Møtereferater 2011



Den norske patologforening
DEN NORSKE LEGEFORENING

MØTEREFERAT

Møtenavn/tema: Møte i Forskningsutvalget i Den norske patologforening
Til: FU

Dato dok.: 02.02.11

Dato møte: 02.02.11

Referent: Sonja E. Steigen

Tilstede: : Wenche Reed, Sverre H. Torp og Sonja E. Steigen
Fravær: Ole Petter F. Clausen, Karsten Gravdal

Saksliste

- Sak 01/11 18. Godkjenning av sakslisten
 19. Godkjent.
 20.
- Sak 02/11 21. Godkjenning av referat fra 01.09.10
 Godkjent med små endringer.
- Sak 03/11 22. Informasjon fra styret ved WR
- Strategiplan: Hvor går patologi faget? Samle alle dokumenter i et strategidokument
 - Faggruppers rolle – retningslinjer: se under
 - Nye prediktive/prognostiske markører: Bedre forankret i faggruppene.
 - Revisjon av utvalgstruktur: Kvalitetsutvalget er for det meste lagt ned. Hvilke utvalg skal vi ha i DNP?
- 23.
- Sak 04/11 **Den norske legeforeningens arbeid for å styrke forskning:**
Informasjon ved Elisabeth Søyland fra Legeforeningens utvalg for: Utdanning, forskning og fagutvikling. Ole Anders, sosionom fra samme gruppa var også tilstede
Informerte om
- utvalgets nettside med linker til andre underforeninger.
<http://www.legeforeningen.no/id/162650>
 - Kurs i forskerveiledning, gjennomført i Oslo, og nå i Trondheim
 - Forskningsstipend i 3 mnd for medisinerstudenter - rekrutteringstiltak
 - Arbeid for dobbeltløp/D-stillinger
 - Forsøke å engasjere fagmiljøene til å opprette fagutvalg (ca 12 av 44 av fagmiljøene har dette)

24.

25. *Informasjon til etterretning*

26.

Sak 05/11

Rapport fra DNLF – Biomedisin – status, scenarier og anbefalinger – hvilken betydning har rapporten for patologimiljøene, spesielt innen forskning? Rapporten består hovedsakelig av enkeltinnlegg fra forskjellige fagmiljøer som er egentlig knyttet bra sammen og som gir en fin innføring og helhet. Etersom svar fra patologene er en del av hele behandlingsgrunnlaget for mye av det som tas opp i rapporten synes det å være en stor mangel at det ikke foreligger også et innspill fra patologimiljøet. Anbefalingene i slutten av rapporten til Legeforeningens sentralstyre synes diffuse og vanskelige å få tak på.

WR har laget et forslag til notat som SES ser videre på.

Sak 06/11

Prissetting av biobanktjenester i forskningsprosjekter

27. Ønske fra Den Norske Patologforening sitt styre om mer detaljert styring på hva biobanktjenester skal koste.

28. Det er flere måter å regne ut kostnader på – pr. uthentet blokk, teknikertid, bioingeniørtid, legetid, minstepris, osv., dvs. tidsforbruk eller ressursforbruk.

Forskningsutvalget finner det vanskelig å gå inn på detaljert styring, men vil forhøre seg hos avdelingslederene ved universitetsklinikene hva de synes kan være god praksis.

29.

30. *Se under.*

31.

Sak 07/11

32. Patologi og forvaltning av registre

33. WR har laget et notat om registre for Den Norske Patologforening. Notatet ble diskutert og enighet om at dette er et viktig notat som bør inn som et informasjonsskriv i et felles strategidokument.

34.

35. *Godkjennes med små endringer.*

36.

Sak 08/11

Oppfølging av forskningsrapporten – hva nå?

- Oppfølging av tidligere utsendt spørreskjema til alle patologiavdelingene
Legge til spørsmål om kostnader for biobankarbeid, omfanget av henvendelser om tilgang til patologimateriale, følge opp om flere har fått forskningsutvalg ved sine avdelinger.

- Følge opp styret i Den Norske Patologforening om forskningskurs

WR tar med dette til styret. I et slikt kurs kan man ta med informasjon om biobanker, registre og samarbeid mellom avdelinger med mer

- Oppfølging av nettsiden

ST har et intervju med en stipendiat. Vil informere om veilederkurs i Trondheim.

SES vil sende "Tysklandsbrev" når hun flytter dit til høsten (for ett år)

Få inn forhåndstale for KG sin disputas

Sak 09/11

Oppgaver til årsmøte

- Fremlegge repport om Praktiske retningslinjer for bruk av biobank
- Forskerpris: foreslå at det må foreligge minst 5 foredrag for å kunne dele ut forskerpris
- Posterpris: Som nå må det foreligge minst 5 postere
- Årsrapporten legges frem

Sak 10/11 Eventuelt
Møtedato for neste møte (FU)
Neste møte FU/DNP, fredag 16. september 2011 kl. 11-15 på Legenes Hus.



Den norske patologforening

DEN NORSKE LEGEFORENING

MØTEREFERAT

Møtenavn/tema: Møte i Forskningsutvalget i Den norske patologforening
Til: FU
Dato dok.: 25.06.11
Dato møte: 22.06.11
Referent: Karsten Gravdal

Tilstede: : Wenche Reed, Sonja E. Steigen, Sverre H. Torp, Karsten Gravdal, Ole P. F. Clausen

Saksliste

- Sak 10/11** **37. Godkjenning av sakslisten**
38. Godkjent.
39.
- Sak 11/11** **40. Godkjenning av referat fra 02.02.11**
Godkjent
- Sak 12/11** **41. Målbeskrivelse for spesialiteten patologi - endring av spesialistutdanningen**
42. Det vises til dagens målbeskrivelse (dok. 2006)
43. FU vil jobbe for at det legges inn krav til forskningsaktivitet i målbeskrivelsen.
44. Obligatorisk forskningskurs, og deltagelse (ikke bare innblikk) i forskning ved avdelingene trekkes frem.
45. Økende dokumentasjon av måloppnåelse utover dagens krav vil ta mer tid. En annen vei å gå vil være å ha flere obligatoriske kurs med kursprøve eller dokumentasjon på aktiv deltagelse. Dette er således innført for obduksjon og molekylærpatologi, og vårt forslag; også forskningskurs.
46. Videre foreslås det at også enkelte gode skandinaviske kurs (innen forskning og andre patologifaglige deler) også bør kunne godkjennes for spesialiteten. Danmark er kjent for å ha gode kurs i patologisk diagnostikk.
47. Attestasjonsskjemaets innhold diskuteres ikke i FU.
48. Videre er det ønskelig at kvalitetssikring og forskning bør sidestilles og må være en viktig del av spesialitetskravene. Spesielt kunnskap om biobankforvaltning bør også fremheves mer. Prediktive markører (forskningsbasert prediktiv diagnostikk), digitalisering av snitt og litteratørsøkning bør også inngå. Ordet "innblikk" i forskning i målbeskrivelsen fra 2006 bør erstattes av deltagelse, og det bør bety medforfatterskap i løpet av assistentlegeperioden.
49. Utfylling av dødsårsaksattest er ikke nevnt og bør inngå.
50.
51.
- Sak 13/11** **52. Oppfølging av forskningsrapporten**
53. Oppfølging av avdelingsvis enquête (to vedlegg), noe årsmøtet 2011 har bedt FU om å følge opp. Viser til tidligere sendte spørreskjema til avdelingsoverlegene i Norge. Nye oppfølgingsspørsmål til landets avdelingsoverleger skal lages av WR i samarbeid med øvrige FU medlemmer. Når svar mottas skal ny rapport utarbeides og legges frem på årsmøtet 2012.

DNP Årsrapport 2011

54.

55. Elementer som kan spørres om er lagring av biologisk materiale, biobank-antall, egen biobank ansvarlig, praktiske tiltak, retningslinjer for utlån, prissetting av biobanktjenester, spesielt spørre avdelingsleder om gjeldende praksis.

56. D-stilling bør forbeholdes publiserende forskningsaktivitet.

57. Har avdelingene forskningsutvalg?

58. Involveres alle LIS i forskning tidligst mulig i utdanningen, for eksempel innen første år?

Fokuserer mer på LIS.

59. Del I: Oppfølning

60. Del II: Kostnader for utlevering av materiale til forskere. Stykkpris? Timepris?

61. Internt/eksternt, forskjell?

62. Ulike priser for stipendiater versus legemiddelindustri?

63. WR lager et oppfølgningsskriv som først distribueres for høring til FUs medlemmer

64.

Sak 14/11

65. Prissetting av biobanktjenester i forskningsprosjekter

66. Se også sak 13/11 vedr. spørsmål til avdelingsledere. Hvordan finansiere prøven som skal tae ut til forskning. Timepris? Stykkpris? Pris som avhenger av rekvirentstatus? Ekstern? Intern?

67. Kostnad kan for eksempel dekkes av teknikere som jobber på overtidbetaling og sender timeliste

68. Alternativt stykkpris, men det kan bli vanskelig å beregne.

69. Utstyr, hvordan tar en seg betalt for dette?

70. Evt. patolog vurdering av vev som skal tas ut. Oftest i slike tilfeller bør det tilstrebes at patologen er deltagende som medforfatter i prosjektet og ikke bare en passiv leverandør.

71.

72.

Sak 15/11

Forskerkurs

Foreslås obligatorisk i spesialistutdanning

Innhold kan være, biobank/REK, både regler og søknad.

Sept. 09, notat fra WR til L. A. Akslen; "mulige vinklinger" for et forskningskurs.

Statistikk og molekylærpatologi ivaretas av andre kurs.

Sonja Steigen sender ut et forslag til kursinnhold.

Alle i FU sjekker lokale kurs.

Sak 16/11

Oppgaver fremover

Wenche Reed lager nytt utkast til spørreskjema til avdelingsoverlegene vedr. forskning/biobank. Svarene skal bearbejdes i rapport frem mot årsmøtet 2012.

Målbeskrivelse LIS, foreslå elementer som deltagelse i forskning, kvalitetssikring, obligatorisk forskerkurs, og kunnskap om biobankforvaltning.

Karsten Gravdal sjekker DNLFs forskningsside etter elementer som kan være med i DNP sin forskningsside. Dette kan rapporteres til nettansvarlig C. Alfsen.

Sonja Steigen lager utkast til elementer et forskningskurs i patologi kan inneholde.

Sonja Steigen skal på studietur til Tyskland, og kan lage rapport fra dette.

Ole P.F. Clausen kan ferdigstille intervju.

Sverre Torp jobber med utvidelse av resisestipendet, se under Sak 17/11.

Alle i FU sjekker lokale forskningskurs.

73.

Sak 17/11

Eventuelt/nye saker

Sverre Torp skal jobbe med å utvide reisestipend (DNP) til å gjelde reiseutgifter/opphold også til LIS i patologi som deltar med frie foredrag i forbindelse med årsmøtet.

Møtedato for neste møte (FU)

Neste møte FU/DNP tirsdag 1. november 2011 kl. 11-15 på Legenes Hus.

Videre planlegge møtedato i februar 2012 i forkant av årsmøtet.



Den norske patologforening

DEN NORSKE LEGEFORENING

MØTEREFERAT

Møtenavn/tema: Møte i Forskningsutvalget i Den norske patologforening
Til: FU
Dato dok.: 02.11.11
Dato møte: 01.11.11
Referent: Karsten Gravdal

Tilstede: : Wenche Reed, Sonja E. Steigen, Sverre H. Torp, Karsten Gravdal, Ole P. F. Clausen

Saksliste

- Sak 18/11** **74. Godkjenning av sakslisten**
75. Godkjent.
76.
- Sak 19/11** **77. Godkjenning av referat fra 22.06.11**
Godkjent
- Sak 20/11** **78. Orienteringssaker (etter styremøte DNP 06.09.2011)**
79. Det ble kortfattet orientert om følgende saker:
80.
81. Valg av nytt styre i DNP. Det ble kommentert at FU gjerne vil at nytt styre i DNP er fokusert på forskning og at det vil avhenge av det nye styrets sammensetning. FU kommer gjerne med råd vedr. dette.
82.
83. Oktober 2012, da er første FU periode over.
84. Nytteverdien til FU bør evalueres av styret i DNP ved gjenvalg.
85.
86. Nye obligatoriske kurs i spesialistutdanning er godkjent av Helsedirektoratet (obduksjon og ikke-neoplastisk nevrologi, klinisk molekylærpatologi).
87.
88. Det har vært valg i fagmedisinske foreningers organ FaMe. Wenche Reed går ut, Hege Sætran går inn som LIS-medlem. FaMe representerer alle 44 fagmedisinske foreninger og har 22 medlemmer. FaMe har Cecilie Risøe som representant i Sentralstyret i legeforeningen. Alle medlemmene har stemmerett på årsmøtet til DNLF.
89.
90. Hdir overtar spesialistgodkjenningen fra oktober 2011, men i praksis er det fortsatt spesialistkomiteen som anbefaler spesialistsøknadene. Målbeskrivelse for faget patologi er nå under revisjon. Attestasjonsskjema under arbeid ved Rune Lilleng. bør ikke bli for detaljert.
91.
- Sak 21/11** **92. Oppfølgningssaker**
93.
94. Intervju av doktorgradskandidat i D-stilling skal fullføres av Ole P. F. Clausen før jul.
95.
96. Sverre H. Torp skal lage utkast til regler for utvidet reisestipend hvor det også kan søkes om tilskudd til både nasjonale og internasjonale kongresser ved presentasjon av egen forskning. Allmennlegene har et lignende fond, og dette kan studeres nærmere. Ikke minst, kartlegge hvilke begrensninger LIS møter når de søker fra utdanningsfond i DNLF og tilpasse stipendet etter dette. Forslag til nytt navn: Forskningsfond for reise og kongresser.

97.

Sak 22/11

98. Oppfølging av forskningsrapporten (spørreskjema)

99. 10 av 16 patologiavdelinger har svart. Karsten Gravdal skal organisere svarene frem mot årsmøtet etter samme oppsett utført av Sonja Steigen i forrige spørreunde. Spesielt dele inn i universitetssykehus og andre. Purre opp avdelinger som mangler (Førde, Tromsø, Stavanger, Drammen, Lillehammer og Bodø). Universitetssykehusene må være med. Oversikten presenteres på årsmøtet i tillegg til anbefalinger fra FU når det gjelder praktisk forvaltning av biobanker. Karsten Gravdal innhenter prisskjema HUS bruker. Prisskjema fra Uppsala ble diskutert. Umiddelbar kommentar: Ikke urimelig å få dekket medgått arbeidstid og materiell ved uthenting av vev fra biobank, og sannsynligvis er dette bedre enn bare stykkpris betaling.

100.

Sak 23/11

Kreftbiobank – hva skal til for å lykkes?

Skikkelig lagringsplass og springssystemer ble fremhevet. I dag er dette dessverre stemoderlig behandlet av de fleste sykehusene, og vi skal være glad for at blokkene er noenlunde robuste. Avdelingene bør vurdere om man ikke rutinemessig bør fryse ned tumorvev med tanke på fremtidig forskning AHUS har oversendt et notat om etablering av biobankkoordinator og forskningsutvalg, er viktig bidrag i en diskusjon om fremtidig forskningsbiobank

I diskusjonen om en kreftbiobank ble det fremhevet hvor viktig det er med nok ressurser og finansiering for etablering av en slik biobank, og at dette ikke er mulig innenfor rammene av diagnostisk drift.

Forskningsrådet vil utlyse ca. 110 mill kroner til "program for biobank" som et nasjonalt prosjekt. Viktig at de største biobankforvalterne, nemlig patologiavdelingene kommer på banen i kampen om disse midler. For øvrig vises til dokumentet "Etablering av en kreftbiobank", forslag til etablering/organisering av kreftbiobank.

Sak 24/11

Register

Styret i DNP har bedt FU komme med vurderinger av nye statutter i nyrebiopsiregisteret. Dette er et kvalitetsregister for ikke-neoplastiske nyresykdommer. Beliggenhet i Bergen.

Statuttene ble gjennomgått. Det er usikkert om det er knyttet en forskningsbiobank til registeret. FU støtter at det skal være med en patolog i styret. Men det er usikkert om det er kun er styrets oppgave eller fagmiljøet selv som skal foreslå kandidat WR skal utarbeide et skriv i første omgang til medlemmene i FU før det går videre til DNP styret.

Sak 25/11

Oppgaver fremover

- Wenche Reed lager utkast til uttalelse vedr. nyrebiopsiregisteret
- Wenche Reed følger opp biobankprogrammet som planlegges i Forskningsrådet.
- Karsten Gravdal og Sverre Torp evaluerer abstracts til årsmøte 2012, KG gir beskjed om dette til årsmøtekomiteen i Bergen.
- Karsten Gravdal lager sammenfatning av svarene fra landets patologiavdelinger etter mal fra Sonja Steigen.
- Sverre Torp jobber videre med utvidelse av reisestipend fra DNP.
- Ole P. F Clausen lager intervjuet ferdig.
- OPF Clausen følger opp forslag på æresmedlemmer til styret i DNP

Sak 26/11

Eventuelt/kommentarer

Medlemmer av FU mener at FUs eksistens fremdeles er berettiget. Fordi både overleger og LIS er svært presset på tid, og at dette går utover forskningen. Enkelte ting har vi fått til, spesielt stipend, arbeid med biobank og at patologiavdelingene har fått fokus på sin forskningsaktivitet. Mye gjenstår. Styret i DNP kan eventuelt gi en vurdering av arbeidet FU gjør.

Eventuelt kan FU/DNP gå et steg videre og påvirke både media og bevilgende politikere angående ressursmangel på patologiavdelinger og åpenbare konsekvenser for kvalitet, forskning og fagutvikling.

Det er kommet forslag om 3 nye æresmedlemmer i DNP.

Neste møte FU/DNP onsdag 8. februar 2011 kl. 11-15 på Legenes Hus.

5.4. Kvalitetsutvalget

Den norske patologforening har ikke hatt Kvalitetsutvalg i 2011.

5.5. UEMS

Rapport fra UEMS, Specialist Section of Pathology, European Board of Pathology 2011 (v/ leder av Fagutvalget i Dnp, Ståle Sund).

Norske patologi-representanter har for siste periode vært:

Nils Petter Aardal (representant for Dnlf)

Ståle Sund (representant for Dnp)

N.P. Aardal er i løpet av siste år blitt pensjonist og har derfor frasagt seg sitt verv i UEMS. Ny representant for Dnlf etter forslag fra Dnp's styre er Ingunn Stefansson, overlege ved Haukeland Universitetssykehus.

Den som i det nye styret blir leder av Fagutvalget, vil overta vervet som Dnp's representant etter S. Sund, som nå går ut av styret.

Norske deltagere på UEMS sitt årsmøte 2011 (27th Annual Meeting) i Split, Kroatia, var Nils Petter Aardal og for styret i Dnp Gitta Turowski. Deltagernes rapport gjengies nedenfor (uten vedlegg). Neste årsmøte ble foreslått lagt til Paris i juni 2012.

Det er i UEMS fokus på harmonisering av spesialistutdanning og kompetansebygging i medlemslandene. Styret ser som viktig å holde seg orientert om hovedtrender i europeisk patologi, blant annet med tanke på kvalitetssikring av norsk patologi, og vi oppfordrer til fortsatt engasjement på dette området.

Bergen 24.mai 2011

Den norske legeforening,
Postboks 1152 Sentrum,
0107 Oslo

Den Norske Patologforening
v. prof. L. A. Akselen
Her

Rapport fra UEMS, Specialist Section of Pathology, European Board of Pathology

Møtet ble avholdt i Split, Kroatia 21.mai. med vert professor Sven Seiwerth fra Zagreb.

Agenda følger vedlagt..Vedlegg 1.

Det var deltagelse fra 14 forskjellige land, inkludert de nordiske land utenom Island

Presidenten, prof. Claude Cuvelier ga et kort referat på vegne av generalsekretæren UEMS dr. Bernhard Maillet som ble forhindret i siste øyeblikk. Det ble blant annet redgjort for innkjøp av et House of Medicine i Bruxelles, sener også omtalt som House of Pathology. Man arbeider mot en harmonisering av kvalifikasjoner i hele EU området, men dette må spesifiseres. En vil forsøke å få en europeisk akkreditering med webbasert søknadsskjema.

Det ble også nevnt at man var i forhandlinger med American Board of Pathology for å få en bilateral godkjenning av spesialiteten..

På forhånd var det ventet diskusjon om punkt 7 på agendaen spesielt om "subspesialiteter", i første omgang cytologi og nevropatologi. Diskusjonen ble ganske kort etter at man bestemte seg for å ikke bruke ordet subspesialitet, men heller videre utdanning og spesialisering. Det endelige forslaget ble enstemmig vedtatt og ligger som vedlegg. 2

Tidligere president i European Society of Pathology (ESP) holdt et innlegg om **European Pathology Organisations. Fusion or fission.**

I dag består det av nasjonale foreninger, ESP, International Association of Pathologists (IAP) UEMS og European association of pathology chairs and program directors (EAPCB). Dette blir fragmentert og med det nye huset i Bruxelles burde det kunne rasjonaliseres. Man var også inne på den europeiske eksamen som stort sett tas av ikke EU borgere. En sentral eksamen sees som en illusjon og man bør kanskje heller arbeide for en årlig fremgangstest som i USA, Residents in service (RISE).

Noe lignende er allerede i gang med Life long Learning (LLL) Det ble forsøkt i 2009, avholdt siste gang i september 2010 med mer enn 650 deltagere. Meget godt mottatt både av kandidater og lærere. Dette er en progresjonstest, identisk for alle, uten hensyn til erfaring.. Kan teste fremgang og er ikke

en individuell vurdering, kan teste kunnskap, men ikke holdninger. Foreløpig har man kunne bruke alle hjelpemidler, men da man har begrenset tid vil man ikke bli ferdig dersom man skal slå opp på alt Man må ja mange oppgavegivere og man ønsker seg en "oppgavebank".

.

Dermatopatologi og dermatologers besvarelse av histologiske preparater ble igjen diskutert. I spesielt Tyskland og Østerrike er dette regelen, ikke unntaket. I disse landene er opprettelse av private laboratorier blitt så utbredt at 85% av prøvene besvares privat. I tillegg har disse private laboratoriene også fått rett til å utdanne patologer.

DNP Årsrapport 2011

Molekylærpatologien er et annet område hvor UEMS ser et behov for å klargjøre situasjonen sett fra patologens side og gi klare retningslinjer. Det var enighet i at et endelig svar på en biopsi som også inneholdt genteknologiske resultat måtte gis av en patolog som den endelige ansvarlige. Dersom en uten kunnskap om morfologi og samspillet mellom vev og funksjon skulle avgi endelig svar, var man redd for mye feil og kortslutninger. Det ble enighet om at det skulle settes ned en komité som i første omgang skulle utarbeide et memorandum basert på prof. Cuveliers notat (Vedlegg 3). Samtidig vil man arbeide på en artikkel med tanke på publisering hvor patologenes syn og anbefalinger fremsettes som et konsensusvedtak fra UEMS, Specialist Section of Pathology.

Den siste sak med diskusjon var etter et innlegg fra Gisela Kempny, sekretær i den tyske patologforening. Hun var opptatt av patologenes minskende status både blant leg og lærd. Vi oppfattes etter hvert mer som en leverandør av diagnoser, ikke en samarbeidspartner i diagnostikk og behandling. Hun var ikke alene med denne oppfatning.

Ettersom det var gjort vedtak om to møter i året ble ESP møtet i Helsinki i september forelsått til neste møte. Neste årsmøte ble foreslått lagt til Paris 8.-10 juni 2012

N.P.Aardal

Gitta Turowski

Prosektor/overlege

overlege

5.6. Spesialitetskomitéen

Spesialitetskomiteen i		Patologi
Komiteens sammensetning		<p>Leder: Rune Lilleng</p> <p>Hovedmedlemmer: Birger Laane, Peer Kåre Lilleng og Øystein Størkersen</p> <p>Varamedlem: Rolf E. Steen og Lars Helgeland</p> <p>Fra YLF:</p> <p>Hovedmedlem: Runa Braun</p> <p>Varamedlem: Ellen Berget</p>
Møter		I forbindelse med besøk til Gades Institutt er det avholdt skjærskildt møte. Det er videre avholdt 2 møter vedr. komiteens samarbeid med styret i Den norske patologforening omkring nye prosedyrekrav og revisjon av eksisterende målbeskrivelse og gjennomføringsplan for spesialiteten patologi. Alle saker av betydning som det står har vært forelagt komiteens medlemmer via mailsystemet eller vært diskutert pr. telefon.
1	Spesialistreglene	Fungerer tilfredsstillende, men det er fortsatt et paradoks at tjeneste på utdanningsinstitusjoner i patologi som ikke har full godkjenning kan suppleres med ytterligere tjeneste på en annen utdanningsinstitusjon som ikke har full godkjenning og på den måten oppnåes kravet hva gjelder tjenestetid for spesialiteten patologi.
2	Stillingsstrukturen	Det har ikke vært spesielle problemer knyttet til stillingsstrukturen.
3	Målbeskrivelsen	Komiteen har høsten 2011 utarbeidet et nytt forslag til målbeskrivelse for spesialiteten patologi. Forslaget bygger på eksisterende målbeskrivelse og er sendt utdanningsavdelingen i legeforeningen for videre behandling.
4	Kursvirksomheten	I 2011 har det også som i 2010 vært en relativt god tilgang på kurs som godkjennes for den valgfrie delen for spesialiteten patologi. Det er fortsatt få kurs som er

		godkjent for den spesielle delen av kurskravet. Det er en rekke kurs i spesiell histopatologi, og som går over opptil 1-2 uker i både Europa og USA. Disse kursene godkjennes for spesialistutdanningen i patologi etter forhåndssøknad. Utdanningskandidater må imidlertid søke støtte fra andre enn legeforeningen, som bare dekker reise og opphold for ferdige spesialister.
5	Ferdighetstrening i laboratorier/simulering <ul style="list-style-type: none"> • Hvilken betydning har ferdighets/simulering i spesialistutdanningen i faget? • Hvilke institusjoner tilbyr slik læring? • Hvilke prosedyrer er mest aktuelle for slik læring? 	Dette er ikke relevant i patologi-faget.
6	Rapporter fra utdanningsinstitusjonene	Disse er gjennomgående tilfredsstillende og avslører ingen spesielle problemer hva gjelder spesialistutdanning i patologi-faget, utover det som er beskrevet i pkt. 12.
7	Besøk spesialitetskomiteen har gjennomført	Det ble gjennomført besøk på Gades institutt mandag 6. juni 2011.
8	Søknader fra sykehusavdelinger og institusjoner om godkjenning som utdanningsinstitusjoner	Det har ikke kommet søknader for nye utdanningsinstitusjoner i patologi.
9	Kvalitetssikring av utdanningen	Det er en intern sak på hver enkelt utdanningsinstitusjon. Spesialitetskomiteen i patologi har ingen mulighet til å kunne etterprøve om utdanningen er kvalitetssikret, utover den dokumentasjon som er gitt i forbindelse med søknad om spesialiteten patologi.
10	Spesialistgodkjenning	Det ble gitt til sammen 14 spesialistgodkjenninger i 2011(som i 2010). Av disse var 10 kvinner og 4 menn. Til sammen 10 nye godkjente spesialister hadde fått sin hovedutdanning i Norge (8 kvinner og 2 menn), mens det var 4 som fikk spesialistgodkjenning gjennom konvertering fra henholdsvis Polen og Sverige (kvinner), Finland og Spania (menn).
11	Etterutdanning	Samlet sett er det i Norge og i utlandet et godt tilbud på kurs innen histopatologi. Etterutdanningen fungerer derfor godt, i den grad det finnes midler til å benytte tilbudene.

12	Problemer i spesialiteten	Ved noen utdanningsinstitusjoner som har relativt mange utdanningskandidater synes det å være et problem at antallet obduksjoner har falt dramatisk, og som medfører at kandidatene ikke har tilgang til nok obduksjoner hva gjelder å oppnå kravet for spesialiteten patologi innen normert tid. Reduksjonen i antallet obduksjoner kom etter innføring av nye forskrifter hva gjelder rekvirering av obduksjon. Forslag om å ytterligere redusere antallet obduksjoner som kreves for spesialiteten i patologi har ikke fått gjennomslag, men situasjonen er under kontinuerlig observasjon.
13	Eventuelt	Patologifaget har i hovedstadsområdet vært gjennom en omfattende omstillingsprosess hvor et betydelig antall patologiprøver pr. 01.01.11 ble overført fra Oslo Universitetssykehus til henholdsvis patologiavdelingen på Drammen Sykehus og på Akershus Universitetssykehus. Pt. arbeider komiteen sammen med styret i DNP om å utarbeide et nytt attestasjonsskjema for spesialiteten patologi. Slike attestasjonsskjemaer skal benyttes for alle spesialitetene ved fremtidige spesialistsøknader. Dato ennå ikke avgjort.
Sted/dato Drammen, onsdag 8. februar 2012		Underskrift (pr post)/Navn (pr epost) Rune Lilleng, leder, Spesialitetskomiteen i patologi

5.7 Mottager av DNPs stipend for forskning og fagutvikling i patologi

Bergen 0501-2012

Til den norske patologforening

Beretning fra hospiteringsopphold ved University College London Hospital.

Sommeren 2011 (13/6 til og med 8/7) tok jeg med meg familien og hospiterte i London ved patologi avdelingen ved University College London Hospital. Avdelingen er kjent for lang og solid erfaring i perinatal patologi, et arbeid som i lengre tid hovedsakelig er blitt utført av dr Rosemary Scott (Consultant Histopathologist and Honorary Senior Lecturer).

Under mitt hospiteringsopphold overtok jeg det praktiske og diagnostiske arbeidet til dr R. Scott, men alt jeg foretok meg ble nøye gjennomgått og diskutert sammen med henne. Vi hadde mange artige diskusjoner. Med sin solide erfaring og entusiasme for feltet var hun en stor inspirasjonskilde for meg, og jeg fikk med meg mye kunnskap, praktiske råd og viktige referanser hjem igjen. Det var også en fin erfaring å være observatør på tverrfaglige møter der vanskelige perinatal kasus ble diskutert. Jeg ble også kjent med perinatal patologer fra andre sykehus i London. Ikke minst var det lærerikt og spennende å observere hvordan andre patologiavdelinger løser sine hverdagslige problemer og utfordringer.

Det er mye som skal klaffe for å få til et hospiteringsopphold til utlandet, men uten patologforeningens reisestipend hadde oppholdet definitivt ikke blitt noe av. Jeg tror at erfaringer og kunnskap jeg fikk under oppholdet vil øke kvaliteten på perinatal arbeidet mitt her hjemme. Oppholdet ble også en positiv opplevelse for familien, noe som heller ikke skal undervurderes.

Reisebrev vil bli skrevet til DNPs nettsider.

Med vennlig hilsen

Karin Collett

5.8. FAGGRUPPENE

5.8.1. Faggruppe for Mammapatologi

Årsrapport fra Norsk Bryst Cancer Gruppe (NBCG) 2011

NBCGs patologigruppe :

Elin Mortensen (leder)
Lars A. Akslen, (nestleder)
Torill Sauer,
Jan Baak,
Per Bøhler,
Peter Blom,
Marianne Brekke

Disse representerer de største patologiavdelingene i landet

Generelt:

Vi har hatt 2 møter hvorav et heldagsmøte (12.01.11) og et halvdagsmøte i forbindelse med kongressdeltagelse (22.09.11):

En representant fra patologi-NBCG (LAA, EM) har vært på møter med Styringsgruppen i NBCG i juni og november 2011

Lars Akslen har vært på møte i NBCR (Norsk BrystCancer Register)

Kort oppsummering fra våre interne møter presenteres under.

1. Proliferasjonsindex (Ki67)
Vi har gjort opp et materiale for landets største patologiavdelinger (dvs de som er representert i NBCG) og kommet frem til at mellom 70 og 80 % av prøvene er over 15 % positivitet
2. HER-2 analyser i Norge
Forfattet et notat som sendes til alle landets patologiavdelinger om retningslinjer for HER2 testing.
3. Vi har revidert Dnlf's skriftserie: Standardisering av biopsibesvarelsen, cancer mamma, makro og mikrobefrielse.

Januar 2012
Elin Mortensen
leder NBCG (patologi)

5.8.2. Faggruppe for Gastrointestinal patologi

Faggruppen består av Sonja Eriksson Steigen (UNN), Patricia Mjønes (RIT), Susanne B. Wildhagen (SUS), Else Marit Løberg (OUS) og Solveig Norheim Andersen (leder, Ahus).

Gruppen jobbet vinteren/våren 2011 med å oppdatere gastro-delen av "Veileder i biopsibesvarelser av maligne svulster" og sendte den inn på sensommeren. I tillegg er det nå blitt tilføyd et kapittel om "Nevroendokrine svulster i tynntarm", noe som ikke var med i den gamle Veilederen.

Norsk GastroIntestinal Cancer Gruppe (NGICG) har besluttet å følge USA og mesteparten av Europa og benytter TNM 7 ved kolon- og rectum-kanser, selv om kirurg- og patologimiljøet i flere land i Nord-Europa ikke gjør det.

NGICG ønsker at legene ved alle patologiavdelinger i landet bruker mal når resektatene med kolorectal-kanser besvares, slik at alle viktige parametre kommer med.

Den elektroniske malen er ikke oppdatert fra pTNM 5 til pTNM 7 ennå, grunnet manglende finansiering. Man må derfor justere diagnosefeltet og pTNM-koden manuelt når man bruker denne.

Gruppen har ikke hatt noe fysisk møte, men lederen var til stede og fremla en rapport da Den norske patologforening hadde møte for faggruppene på Gardermoen 6. september 2011.

Etter henstilling fra gruppen "NGICG-Lever og galleveier" ble det valgt en patolog (Sabine Leh, Gades institutt, Bergen) til å bistå gruppen med oppdatering av handlingsplanene. Nå har nylig Else Marit Løberg, OUS, sagt seg villig til å være med i "NGICG-Øvre gastro". Sonja Eriksson Steigen (UNN) har allerede i flere år vært medlem av "NGICG-Nedre gastro".

Faggruppen planlegger å møtes ved Patologforeningens Årsmøtet i Bergen 7.-9. mars 2012.

Ahus 24/1-2012.

5.8.3. Faggruppe for Urologisk patologi

Medlemmer: Tor Arne Hansen (UNN), Trond Viset (St.Olav), Ole Johan Halvorsen (Haukeland), Aud Svindland (OUS) og leder A. Kathrine Lie (OUS)

Faggruppen har ikke hatt noen møter i 2011 men diverse e-mail korrespondanser vdr to oppdrag som kun delvis er fullført i inneværende periode:

1. Fra DNP styret: oppdatering av DNP's veileder i biopsibesvarelse av maligne svulster
2. Fra NUCG/Helsedirektoratet: revisjon av patologikapittelet i Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av prostatakraft. Dette arbeidet vil slutføres i neste periode.

5.8.4. Faggruppe for Molekylærpatologi

Medlemmer: Lill-Tove Busund, UNN, Harald Aarset, St. Olavs Hospital, Olav Vintermyr (nestleder), Haukeland Universitetssykehus og A. Kathrine Lie (leder) OUS

Faggruppen har ikke hatt noen møter i 2011 men diverse e-mail korrespondanser, og har levert tre høringsuttalelser til DNP styret vdr innrapportering av produksjonsdata, HPV saken og kravene til spesialistgodkjenning.

5.8.5. Faggruppe for Melanocytisk patologi

Det har vært jobbet med oppdatering av melanomkapittelet i DNP's veileder (som fremlegges for Årsmøtet 2012). I tillegg har utvalgets leder vært med i utarbeidelse av *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av maligne melanomer* (Styringsgruppen i Norsk melanomgruppe). Dokumentet ble publisert 17.11.11 og ligger på DNP's nettsider. Her beskrives blant annet oppdaterte retningslinjer for patologi. Undertegnede ble under Onkologisk forum 2010 valgt til leder i Norsk melanomgruppe.

1.2.12.

Lars A. Akslen

5.8.6. Faggruppe for Hematopatologi

Gruppen har gjort følgende i løpet av 2011.

1. oppdatering av heftet 'retningslinjer for lymfomdiagnostikk' (Nasjonale faglige retningslinjer, publikasjon IS-1594).
2. gjennomføring av hudlymfomkurs 17. mars 2010, Rikshospitalet
3. planlegging og organisasjon av hematopatologi kurs som holdes 21-22 mai 2012 på Radiumhospitalet, Oslo

Med vennlig hilsen,

Jan Delabie, Prof.Dr.Med
leder for faggruppe lymfoid og hematologisk patologi
Den Norske Patologforening

5.8.7. Faggruppe for Lunge- og ØNH patologi

Medlemmer:

Elin Richardsen (leder), Peter Jebsen, Friedeman Leh, Sissel Gyrid Freim Wahl.

Konstituert: August 2011, Sissel ble med i gruppen i Nov. 2011

Status pr 09.01.11:

Makro- og mikromal for lungekreft er sendt ut til siste gjennomgang blant medlemmene. Denne forventes å være ferdig innen kort tid.

Makro- og mikromaler for Leppe-, munnhule- og tungekreft, samt maligne spyttkjertelsvulster er sendt ut til medlemmene for 1. gjennomgang. Forhåpentligvis vil vil dette arbeidet være ferdigstilt innen årsmøtet i mars 2012.

Mvh

Elin Richardsen

5.8.8. Faggruppe for Gynekologisk patologi

Faggruppen har arbeidet med oppdatering av kapittel om maligne svulster i gynekologiske organ, til Veileder for biopsibesvarelser av maligne svulster. Utover dette har det ikke vært aktivitet i faggruppen.

5.8.9.Faggruppe i perinatalpatologi og placenta

Til Styret

Den norske patologforening
V/leder Lars A. Akslen

Fra: Borghild Roald
Dato: 20.februar 2012

Årsrapport 2011 fra Faggruppe i perinatalpatologi og placenta

Faggruppe i perinatalpatologi og placenta består av patologer med interesse for foster- og barnepatologi inkludert placenta fra ulike sykehus i Norge, inkludert universitetssykehusene i Oslo, Bergen, Trondheim, Tromsø og Stavanger.

Fokus hittil har vært på standardisering av placentadiagnostikken i Norge. Sammen har vi utarbeidet et systematisk, objektivt og standardisert, klinisk relevant klassifikasjonssystem for placentapatologi. I juni 2011 møttes gruppen til et møte i Trondheim. I tillegg til diskusjoner rundt klassifikasjonen var det faglige innlegg og diskusjoner i relasjon til interessante kasuistikker.

Planen er fortsatt at faggruppen, på nettstedet under DNP og Legeforeningen, skal legge ut maler, retningslinjer og relevante artikler for placentadiagnostikk og foster-/barnepatologi inkludert obduksjoner.

5.8.10 Gynekologisk kreftregister

Referansegruppen for Gynekologisk kreftregister har hatt to møter i 2011: 16.juni og 16.november. Begge møter har fokusert på utarbeidelse av elektronisk meldeskjema for kreft i ovarier, tuber og peritoneum. Planen er pilot ved utvalgte sykehus i løpet av året.

5.8.11 Norsk Brystkreftregister (NBCR) – Rapport 2011

Undertegnede er styremedlem i Norsk brystkreftregister. Det har i 2011 vært arbeidet med å etablere en mal for årsrapport fra NBCR, med oppsett for hvordan data fra klinikk, patologi og radiologi fremstilles. Deler av dette ble fremlagt ved NBCG's Styringsgruppemøte 16.11.11 under Onkologisk forum. Data for kjernevariable vil inngå i rapporten og sannsynligvis fremstilles på fylkesnivå eller sykehusnivå. Transparens i forhold til data oppfattes som viktig. DNP's styre har også diskutert prinsippet (Sak 42/11, møte 7.12.11) og sluttet seg til det. I tillegg har det vært arbeidet med å etablere statutter for registeret, og dette er ikke avsluttet.

1.2.12.

Lars A. Akslen

5.8.12 NordiQC

NordiQC (www.nordiqc.com) er en uavhengig internasjonal anerkjent faglig organisasjon som skal fremme kvaliteten av immunhistokjemiske undersøkelser ved å arrangere kvalitetsprogram for patologilaboratorier, vurdere immunfarginger, gi råd vedrørende tekniske protokoller og annen informasjon inklusive epitopbeskrivelser og tekniske løsninger.

I 2011 har rundt 300 patologilaboratorier fra mer enn 20 land deltatt, heriblant cirka 90% av laboratoriene i Norden. Fra Norge er det i alt 18 deltakende patologilaboratorier. Det øverste organet i NordiQC er ledergruppen ("core group") der det er en representant fra hvert av de nordiske landene (unntatt Island): Mogens Vyberg, Aalborg, Jan Klos, Stavanger, Tomas Seidal, Halmstad og Ari Ristimäki, Helsinki.

Regelmessig arrangerer NordiQC kvalitetskontroll-sesjoner ("runs"): tre i generell immunhistokjemi og to i mammaimmunhistokjemi (fra 2010 er også Her-2-BRISH inkludert) per år. I 2011 har vi gjennomført alle fem kvalitetskontroll-sesjoner, et årlig 3-dagers workshop i Aalborg, 3-dagers IHC kurs i Australia i tillegg til aktiv deltakelse på ulike internasjonale kurser og møter.

For tiden søker NordiQC en norsk patolog som er villig til å delta i mammamodulen.

MVH
Jan Klos

5.8.13 Norsk nyrebiopsiregister

Man har oppdatert statuttene for registeret. Det har ført til en styrket posisjon for patologene ved at leder for den nefropatologiske virksomheten også er med i styret i tillegg til en representant utpekt av patologforeningen (for tiden undertegnede). Nyrebiopsiregisteret mistet status som nasjonalt kompetansesenter i fjor, og nå fått status (og penger) som nasjonalt kvalitetsregister ved Helse Vest.

Vennlig hilsen

Harald Aarset

6. ÅRSREGNSKAP**6.1. Årsregnskap 2011****Den Norske Patologforening****Aktivitetsregnskap**

	Noter	Resultat 2011	Resultat 2010
Anskaffede midler			
Medlemsinntekter		349 419	346 716
Sum anskaffede midler	4	349 419	346 716
Finansinntekter	3	43 879	35 945
Sum anskaffede midler		393 298	382 661
Forbrukte midler			
Kostnader til formålet			
Faglig arbeid	7	359 643	19 436
Kurs og konferanser		8 807	79 239
Internasjonalt arbeid		18 536	15 259
Sum kostnader til formålet	3	386 986	113 934
Administrasjonskostnader	3	37 414	67 876
Sum forbrukte midler	3, 5, 7	424 400	181 810
Årets aktivitetsresultat		-31 102	200 851
Tillegg/reduksjon formålskapital (egenkapitalen)			
Overført fra fri formålskapital	6	-31 102	200 851
Sum reduksjon formålskapital		-31 102	200 851

Note 1. Regnskapsprinsipper

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med God Regnskapsskikk (F) for ideelle Organisasjoner (Standarden) og består av følgende:

- Aktivitetsregnskap
- Balanse
- Noter

Foreningen er ikke skattepliktig for sin virksomhet, jfr. Skattelovens §2-32

Fordringer som skal tilbakebetales innen et år er klassifisert som omløpsmidler. Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Kortsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet.

Eiendeler bestemt til varig eie eller bruk er klassifisert som anleggsmidler. Andre eiendeler er klassifisert som omløpsmidler. Anleggsmidler med begrenset økonomisk levetid avskrives planmessig.

Kontingenter inntektsføres i den perioden medlemskapet gjelder. Videre inntektsføres tilskudd i den periode de er bevilget til.

Note 2. Varige driftsmidler

	Mentometersystem
Anskaffelseskost 01.01.	
Tilgang	66 538
Avgang	
Anskaffelseskost 31.12.	66 538
Akkumulert avskrivning pr. 31.12.	0
Balanseført verdi pr. 31.12	66 538
Årets avskrivninger	0

Mentometersystem ble anskaffet sent i desember og er derfor ikke avkrevet i 2011.

Note 3. Kostnader etter art**Driftskostnader spesifisert etter art:**

Driftskostnader	2011	2010
Kostnader til formålet		
Honorarer / priser	169 454	11 000
Arbeidsgiveravgift	4 950	1 551
Faglig arbeid	96 575	6 885
Reisekostnader til faglig arbeid	88 665	
Internasjonalt arbeid / kontingenter	14 219	15 259
Reisekostnader til internasjonalt arbeid	4 317	
Kurs og konferanser	4 403	
Reisekostnader til kurs og konferanser	4 404	79 239
Sum	386 987	113 934
Kostnader til administrasjon		
Regnskapshonorar	20 366	18 252
Revisjonshonorar	12 313	10 000
Styremøter		35 310
Kontorrekvisita/porto	1 057	3 401
Telefonkonferanser	1 577	
Gaver	1 095	-
Bankgebyr	1 006	913
Sum	37 414	67 876
Sum driftskostnader	424 400	181 810
Finansinntekter/-kostnader		
Finansinntekter	43 879	35 945
Netto finansposter	43 879	35 945

I aktivitetsregnskapet er inntekter og kostnader i den grad det er mulig fordelt på aktivitet. Det omfatter også finansposter. Forbrukte midler består av sum driftskostnader Den norske legeforening innkrever de ordinære kontingentene.

Note 4. Kontigentmidler

	2011	2010
Kontingenter fra Den Norske Legeforening	348 828	346 716
Medlemskontingenter	591	-
Sum	349 419	346 716

Den Norske Patologforeningen

Noter til årsregnskapet 2011

Note 5. Administrasjons- og formålsprosent

Formålsprosent og administrasjonsprosent beregnes som midler anvendt til formålet, hhv til administrasjon i forhold til sum forbrukte midler.

	2011	2010
Formålsprosent	91 %	63 %
Administrasjonsprosent	9 %	37 %

Note 6. Formålskapital

	2011	2010
Formålskapital per 1.1.	1 362 561	1 161 710
Årets aktivitetsresultat	-31 102	200 851
Formålskapital per 31.12.	1 331 459	1 362 561

Note 7. Personalkostnader, ytelser til ledelsen og revisor

	2011	2010
Priser	35 107	11 000
Sum	35 107	11 000

Foreningen har ingen ansatte

Foreningen er ikke pliktig til å ha tjenstepensjonsordning etter lov om obligatorisk tjenestepensjon.

Det er ikke utbetalt honorarer til styret.

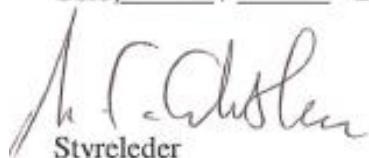
Det er kostnadsført honorar til revisor i 2011 med kroner 12 313,- som gjelder revisjon av 2010 regnskapet.


Den Norske Patologforening

Balanse

	Noter	Balanse 2011	Balanse 2010
Eiendeler			
Anleggsmidler			
Varige driftsmidler	2	66 538	-
Sum anleggsmidler		66 538	-
Omløpsmidler			
Bankinnskudd		1 268 320	1 362 561
Sum omløpsmidler		1 268 320	1 362 561
Sum eiendeler		1 334 858	1 362 561
Formålskapital og gjeld			
Formålskapital			
Fri formålskapital	6	1 331 459	1 362 561
Sum opptjent formålskapital		1 331 459	1 362 561
Gjeld			
Kortsiktig gjeld			
Offentlige trekk og avgifter		3 399	-
Sum kortsiktig gjeld		3 399	-
Sum formålskapital og gjeld		1 334 858	1 362 561


Oslo, _____ / _____ - 2012


Styreleder
Lars A. Akslen


Nestleder
Wenche Reed
Oslo 13/2-12


Sekretær
Hege Aase Sætran
Bergen 9/2/12

Styremedlem
Bjørn Ståle Sund
Folde, 11/2-2012

Kasserer 
Ying Chen
14/2-12

Styremedlem
Gitta Erika Turowski

7. REFERAT FRA ÅRSMØTET 18.3.2011

Foreløpig godkjent i DNPs styremøte 7.6.11. Skal endelig godkjennes av Årsmøtet 2012.

Sak 1 Godkjenning av dagsorden og innkalling.

Godkjent uten merknader.

Sak 2 Valg av møteleder og referent.

Møteleder: Lars A. Akslen

Referent: Hege Aase Sætran

Tellekorps: Ståle Sund og Hege Aase Sætran

Sak 3 Godkjenning av referat fra Årsmøtet 2010.

Godkjent uten merknader.

Sak 4 Gjennomgang av Årsrapport 2010 ved styreleder Lars A. Akslen.

Årsrapporten var sendt elektronisk til alle medlemmene som en del av Årsmøteinnkallingen, og den var samtidig lagt ut på DNPs nettside.

Hovedpunkter i rapporten ble presentert av styreleder. Produksjonsdata ble gjennomgått, og trender i de ulike hovedgrupper av prøver ble belyst. Det er fortsatt økning i antall histologiprøver og i antall blokker og snitt pr biopsi. Fra 2010 er også antall molekylære analyser inkludert i produksjonsdata.

Årsmøtet vedtok følgende ved akklamasjon, i tråd med styrets forslag: "Årsmøtet godkjenner Årsrapport for DNP 2010."

Sak 5 Rapport fra Fagutvalget ved Ståle Sund.

Søknad om endret kursprogram for spesialiteten patologi, med to nye obligatoriske kurs, er sendt fra Dnlf til Helsedirektoratet i juni 2010. Saken var ikke behandlet før

Årsmøteavholdelse. Også i 2010 har fagutvalget jobbet med kursprogrammet. Fagutvalget vil gjerne være i dialog med aktuelle kursarrangører, og de ønsker også tilbakemelding om og rapport fra avholdte kurs, og da særlig om antall leger i spesialisering som deltar på de enkelte kurs.

Årsmøtet tok dette til etterretning.

Sak 6 Rapport fra Forskningsutvalget ved Wenche Reed.

Wenche Reed presenterte utvalgets medlemmer. Utvalgets arbeid i 2010 har blant annet omfattet fokus på forskning på DNPs nettsider, møter med andre forskningsutvalg og retningslinjer for forskningssamarbeid mellom patologiavdelinger og andre medisinske miljø.

Årsmøtet tok dette til etterretning.

Sak 7 Rapport fra UEMS ved Gitta Turowski.

Gitta Turowski informerte om UEMS møte som var avholdt i Berlin i 2010. Fokus på møtet var harmonisering av patologutdanningen i EU, og kompetanse innen molekylærpatologi.

Årsmøtet tok dette til etterretning.

Sak 8 Rapport fra IAP ved Gitta Turowski.

DNPs medlemmer er kollektivt innmeldt i IAP. Det er ingen selvstendig aktivitet i IAP Norge, aktiviteten er sammenfallende med aktiviteten i DNP.

Årsmøtet tok dette til etterretning.

Sak 9 Rapport fra Spesialitetskomitéen ved Rune Lilleng.

Hovedpunkter fra spesialitetskomitéens årsrapport ble gjennomgått. I 2010 ble det godkjent 14 nye spesialister i patologi i Norge; 9 med utdanning i Norge, og 5 med utdanning fra andre land.

Årsmøtet tok dette til etterretning.

Sak 10 Utdanningsutvalgenes rolle og funksjon ved Rune Lilleng.

DNP har mottatt en henvendelse fra Dnlf der det ønskes at man på Årsmøtet spesifiserer utdanningsutvalgenes rolle og funksjon. Rune Lilleng har inntrykk av at dagens ordning fungerer godt for avdelinger som utdanner spesialister i patologi.

Årsmøtet tok dette til etterretning.

Sak 11 Nytt Kvalitetsutvalg i DNP - endring av mandat ved Lars A. Akslen.

Styret har en tid registrert et behov for å samordne flere funksjoner under et nytt og utvidet Kvalitetsutvalg. Særlig gjelder dette forhold i tilknytning til akkreditering, der en tidligere har hatt en egen representant. I tillegg ser styret det som naturlig at et nytt Kvalitetsutvalg ivaretar forespørsler og behandling av saker som gjelder kodespørsmål, der en i den senere tid ikke har hatt et eget utvalg. Styret foreslår derfor et nytt og utvidet mandat for Kvalitetsutvalget. Deretter vil styret oppnevne nytt utvalg.

Mandat for Kvalitetsutvalget:

Kvalitetsutvalget har som oppgave å arbeide for overordnede retningslinjer og standarder som angår kvalitetssikring, i tillegg til forhold relatert til akkreditering og kodepraksis, i nært samarbeid med styret. Utvalget rapporterer til styret i foreningen, og det er styret som beslutter hva det ønsker utvalget skal arbeide med. Kvalitetsutvalget skal lage en årlig rapport over egen aktivitet, og rapporten skal inngå i DNP's årsmelding.

Oppnevning og funksjonstid:

Kvalitetsutvalget oppnevnes av styret med en funksjonstid som følger styret (2 år).

Årsmøtet vedtok følgende ved akklamasjon, i tråd med styrets forslag: "Årsmøtet slutter seg til styrets forslag og godkjenner endring av mandat for Kvalitetsutvalget."

Sak 12 Praktiske retningslinjer for biobanker ved Wenche Reed.

Sakspapirer var utsendt sammen med Årsmøteinnkallingen. Forskningsutvalget har i samarbeid med styret utarbeidet et dokument som beskriver praktiske retningslinjer for biobanker.

Wenche Reed gjennomgikk hovedpunkter fra dette dokumentet. Fra salen ble det etterspurt retningslinjer for kortsiktig finansiering, som prissetting av tjenester. Wenche Reed svarte at forskningsutvalget har planlagt å utarbeide dette, men utvalget vil først innhente erfaringer og synspunkt fra flere avdelinger i landet før man presenterer et konkret forslag til takster.

Årsmøtet vedtok følgende ved akklamasjon, i tråd med styrets forslag: "Årsmøtet slutter seg til styrets forslag og godkjenner dokumentet Forskning og forskningssamarbeid - praktiske retningslinjer for biobankvirksomhet."

Sak 13 Diagnostikk av HPV i cervixprøver ved Lars A. Akslen og Ying Chen.

DNP har mottatt et høringsbrev fra Helsedirektoratet vedrørende forslag til nye retningslinjer for HPV-testing, med forslag til endring av indikasjon og innføring av krav til tester som skal benyttes. Det ble redegjort for bakgrunn for HPV-testing og dagens algoritme for

cervixscreening. Forhold vedrørende HPV-diagnostikk i cervixprøver har vært diskutert i norsk medisin gjennom flere år, også blant patologer. I det siste har debatten blitt intensivert, og Styret har ved flere anledninger mottatt innspill og synspunkter fra kolleger som har uttrykt bekymring for både debattform og de mer politiske grep fra sentralt hold. Tema førte også til engasjert diskusjon i salen. Fra styrets side ble det presisert at alle som uttaler seg om HPV-saken til media eller andre miljø bør opptre ryddig og saklig, og at den faglige diskusjonen om hvilke tester som er best egnet i Norge bør føres internt i fagmiljøene. DNP har i sin uttalelse til Helsedirektoratet fremmet at alle endringer bør bygge på faglig evidens, og at Kreftregisteret bør analysere de data som er innkommet i den perioden man har hatt HPV-testing i Norge før retningslinjene endres.

Årsmøtet tok orienteringen til etterretning.

Sak 14 Etablering av nye variabler i rutinediagnostikken ved Lars A. Akslen.

Styret i DNP har mottatt signaler om at det er et økende press når det gjelder å etablere nye parametre for rapportering i rutinediagnostikk. Dette bør følge en noenlunde standardisert praksis, og styret har derfor formulert et kort strateginotat med føringer som styret mener er fornuftige og hensiktsmessige i denne sammenheng. Notat ble presentert, og det var også utsendt med Årsmøteinnkallingen.

Årsmøtet vedtok følgende ved akklamasjon, i tråd med styrets forslag: "Årsmøtet slutter seg til styrets forslag og godkjenner dokumentet "Etablering av nye variabler i rutinediagnostikk".

"

Sak 15 Faggrupper i DNP ved Lars A. Akslen.

Det ble gitt en orientering om status for arbeidet med Faggrupper i DNP. Det ble i 2010 opprettet én ny gruppe (*Faggruppe i perinatalpatologi og placenta*), og flere planlegges opprettet i 2011. Det ble også orientert om status for arbeidet med oppdatering av "*Veileder i biopsibesvarelse av maligne svulster*".

Årsmøtet tok saken til orientering.

Sak 16 Kompetansekrav for rettsmedisinere ved Lars A. Akslen.

Det ble gitt en oppdatering om saken, som også ble behandlet ved Årsmøtet 2010. Det opprettes nå en arbeidsgruppe i regi av Dnlf der DNP har oppnevnt to representanter (H.Aarset, St. Olavs og G. Cecilie Alfsen, Ahus). Gruppen forventes å påbegynne sitt arbeid med det aller første.

Årsmøtet tok saken til orientering.

Sak 17 DNPs stipend for forskning og fagutvikling - endring av statutter ved Lars A. Akslen.

Forslag til endrede statutter var utsendt sammen med Årsmøteinnkalling. Styret ønsker en liten endring i statuttene som gjør det mulig å benytte en mindre del av bevilget beløp i forbindelse med merutgifter dersom familie medbringes. Dette vil være i tråd med prinsipper for andre utenlandsstipend som bevilges for eksempel fra Forskningsrådet og helseforetakene.

Årsmøtet vedtok følgende ved akklamasjon, i tråd med styrets forslag: "Årsmøtet slutter seg til styrets forslag og godkjenner endring av statutter for DNPs Stipend for forskning og fagutvikling."

Sak 18 DNPs Årsmøtepriser - endring av statutter ved Lars A. Akslen.

Forslag til endrede statutter var utsendt sammen med Årsmøteinnkalling. Styret ønsker en liten endring i statuttene som forutsetter minst 5 kvalifiserte innlegg for å kunne dele ut forskningsprisen.

Årsmøtet vedtok følgende ved akklamasjon, i tråd med styrets forslag: " Årsmøtet slutter seg til styrets forslag og godkjenner endring av statutter for DNPs stipend for forskning og fagutvikling."

Sak 19 Kollektivt medlemskap i European Society of Pathology ved Hege Aase Sætran.

DNP har mottatt innspill fra ESP som ønsker i utvikle prinsipper for kollektivt medlemskap. Henvendelse fra ESP var utsendt sammen med Årsmøteinnkalling. Det ble gitt en orientering om saken. Styret er av den oppfatning at det foreløpig ikke er tilstrekkelig grunnlag for å anbefale kollektivt medlemskap for DNP. Saken vil imidlertid bli fulgt fortløpende.

Årsmøtet vedtok følgende ved akklamasjon, i tråd med styrets forslag: " Årsmøtet slutter seg til styrets forslag og standpunkt i forhold til kollektivt medlemskap for DNP i ESP."

Sak 20 Økonomi; regnskap 2010 og budsjett 2011, ved Ying Chen.

Regnskap for 2010 var integrert i utsendte Årsrapport for 2010, og budsjett for 2011 var sendt ut med Årsmøteinnkallingen. Ying Chen gjennomgikk hovedpunkt i regnskap og budsjett, og oppfordret samtidig alle som skal reise på DNPs regning om at man skal reise på billigst mulig måte.

Årsmøtet vedtok følgende ved akklamasjon, i tråd med styrets forslag: " Årsmøtet godkjenner Regnskap 2010 og Budsjett 2011."

Sak 21 Årsmøtet 2012 ved Lars A. Akslen.

Årsmøtet 2012 skal avholdes i Bergen, i uke 10, 8-10.mars.

Bergen 31.03.2011

Lars A. Akslen (sign.)

Leder

Hege Aase Sætran (sign.)

Sekretær

8. VEDTEKTER OG RETNINGSLINJER

8.1. Vedtekter for DNP

Foreningen er fra 01.01. 2007 av sentralstyret i Dnlf den 18.01.07 godkjent som fagmedisinsk forening for spesialiteten patologi

Vedtektene er fastsatt av årsmøtet den 01.12.06 og erstatter tidligere lover.

§ 1 Navn

Foreningens navn er Den norske patologforening, initialene DNP kan benyttes. På engelsk brukes betegnelsen Norwegian Society of Pathology.

§ 2 Forholdet til Den norske lægeforening

Foreningen er som fagmedisinsk forening en avdeling i Den norske lægeforening og omfattet av foreningens lover. Vedtektene gjelder i tillegg til Dnlfs lover.

§ 3 Formål og oppgaver

I tillegg til formålsbestemmelsene i Dnlfs lover, § 1-2 og § 3-6-3, er foreningens formål:

- å fremme patologifagets praktiske og vitenskapelige utvikling

§ 4 Medlemskap

Foreningens medlemmer er medlemmer av Dnlf som blir tilmeldt foreningen eller som velger denne som fagmedisinsk forening.

Foreningen kan etter søknad oppta som assosierte medlemmer enhver som har tilhørighet til foreningens fagområde. Leger som søker assosiert medlemskap må være medlem i Dnlf. Assosierte medlemmer som ikke er leger har ikke stemmerett.

Årsmøtet fastsetter kontingent for assosierte medlemmer. Assosierte medlemmer som etter varsel ikke har betalt kontingent blir utmeldt av foreningen.

§ 5 Æresmedlemmer

Til æresmedlem kan årsmøtet velge enhver som foreningen vil hedre i særlig grad. Æresmedlemmer er fritatt for kontingent til Den norske patologforening.

§ 6 Foreningens organer

Foreningens organer er:

- Årsmøtet
- Styret
- Valgkomité
- Fagutvalg

§ 7 Årsmøtet

Årsmøtet er foreningens høyeste organ og er åpent for alle medlemmer. Media har adgang unntatt ved særskilte saker som årsmøtet måtte bestemme.

Årsmøtet skal behandle

- styrets beretning
- revidert regnskap
- kontingent for assosierte medlemmer

- budsjett
- vedtektsendringer
- valg av styre
- valg av revisor
- valg av valgkomité
- valg av fagutvalg

Årsmøtet fastsetter ev. honorarer, møtegodtgjørelse og kompensasjon for tapt inntekt og andre saker som på forhånd blir tatt opp av styret og/eller medlemmene.

Forslag om saker som skal behandles på årsmøtet må være innkommet til styret senest 4 uker før årsmøtet.

Årsmøteprogram skal kunngjøres for medlemmene senest to uker på forhånd.

Årsmøtet avholdes innen utgangen av mars måned.

Årsmøtet ledes av foreningens leder eller av en særskilt valgt dirigent dersom årsmøtet bestemmer det.

Vedtak i årsmøtet fattes med simpelt flertall blant de fremmøtte stemmeberettigede medlemmer. Ved stemmelikhet har foreningens leder dobbelstemme.

Valg skal skje i henhold til Dnlfs lover § 3-3-3.

Bestemmelsene i forretningsorden for Dnlfs landsstyremøter gis anvendelse så langt den passer.

Det utarbeides protokoll fra årsmøtet.

§ 8 Ekstraordinært årsmøte

Ekstraordinært årsmøte kan innkalles av styret med minst 14 dagers frist. Slikt møte skal også avholdes dersom 1/5 av medlemmene krever dette. Bestemmelsene i § 7 gjelder så langt de passer. Saker som skal behandles skal fremgå av innkallingen

§ 9 Styret

Styret består av leder og 5 styremedlemmer. Det velges ett varamedlem. To av medlemmene bør være spesialistkandidater. Ett av styrets medlemmer velges separat som leder av Norwegian Division of International Academy of Pathology.

Styrets funksjonsperiode er 2 år fra 01.01.

Styret innkalles etter beslutning av leder eller hvis minst tre styremedlemmer krever det.

Styret er beslutningsdyktig når minst halvparten av styrets medlemmer er til stede. Leder har ved stemmelikhet dobbelstemme.

Det utarbeides protokoll fra styremøtene.

§ 10 Valgkomiteen

Valgkomiteen består av tre medlemmer, og velger selv sin leder.

Valgkomiteen velges av årsmøtet for kommende styres funksjonsperiode.

Valg av valgkomité skjer ved simpelt/relativt flertall.

Valgkomiteen forbereder valg av styre m/varamedlem , fagutvalg, valgkomite og revisor.

§ 11 Vedtektsendringer

Forslag om endringer i vedtektene må være innsendt til styret minst 3 måneder før årsmøtet og utsendt til medlemmene minst 14 dager før møtet.

Til gyldig vedtak kreves 2/3 flertall av de fremmøtte stemmeberettigede i årsmøtet.

§12 Fagutvalg

I tilslutning til valg av styre velges et fagutvalg som består av 2 medlemmer og 2 varamedlemmer. Det ene medlem kommer fra styret, og det andre fra Spesialitetskomiteen i patologi. Varamedlemmene velges fra foreningens øvrige medlemmer. Fagutvalgets medlemmer bør dekke forskjellige interessefelt innen faget. Fagutvalget tar initiativ til at det regelmessig arrangeres kurs, seminarer og møter.

Fagutvalgets funksjonstid følger styrets.

§13 APMIS

Foreningen medvirker til utgivelsen av Acta Pathologica, Microbiologica et Immunologica Scandinavica i.h.t. de for dette tidsskrift fastsatte lover.

§14 IAP

Foreningen har assosiert medlemskap i International Academy of Pathology. Et av styrets medlemmer velges i henhold til IAPs lover separat til vervet som leder (chairman) av Norwegian Division. Det øvrige styret fungerer i tilsvarende verv for norsk IAP.

§15 ESP

Styrets medlemmer skal være innmeldt i The European Society of Pathology. DNP betaler kontingent i styreperioden.

8.2. Vedtekter for NFKC

Vedtekter for Norsk Forening for Klinisk Cytologi

(vedtatt den 23.10.69 med endringer vedtatt den 20.11.87, 18.02.94, 03.02.07 og 04.02.12)

§ 1 Foreningens navn er Norsk Forening for Klinisk Cytologi, og dens navn internasjonalt er Norwegian Society of Clinical Cytology.

§ 2 Foreningens formål er å samle dem som arbeider med, og interesserer seg for diagnostisk cytologi til fremme for fagets praktiske og vitenskapelige utvikling.

§ 3 Foreningen er tilknyttet Den norske patologforening og underlagt denne foreningens vedtekter.

§ 4 Medlem kan enhver interessert bli etter skriftlig eller muntlig søknad til foreningens styre. Utmelding skjer skriftlig til styret. Hvis et medlem er skyldig kontingent for to år, betraktes vedkommende som trådt ut av foreningen.

Til æresmedlem kan årsmøtet velge enhver som foreningen vil hedre i særlig grad. Æresmedlemmer er fritatt for kontingent til Norsk Forening for Klinisk Cytologi.

§ 5 Foreningens styre består av leder, nestleder, sekretær, kasserer, ett styremedlem og ett varamedlem. Minst tre medlemmer av styret må være leger som er aktivt engasjert i klinisk cytologi og medlemmer av Den norske patologforening. Leder velges særskilt av årsmøtet, og skal være lege. Hvert av styrets medlemmer velges for en periode på to år. Ved nyvalg skal minst ett av styrets medlemmer gjenvelges.

§ 6 Styret kan nedsette utvalg til å arbeide med saker av mer spesiell natur.

§ 7 Foreningen bør holde minst et medlemsmøte årlig. Årsmøtet avholdes innen utgangen av mars måned. Årsmøtet er foreningens høyeste organ og er åpent for alle medlemmer. Media har adgang unntatt ved særskilte saker som årsmøtet måtte bestemme.

På årsmøtet skal styret fremlegge årsberetning og regnskap, velge styre, fastsette medlemskontingenten og behandle spesielle saker som styret ønsker å legge frem eller som medlemmene har meldt til styret senest 14 dager før årsmøtet. Det er anledning til å avgi skriftlig forhåndsstemme eller stemme med skriftlig, personlig fullmakt. Ved stemmelikhet har foreningens leder dobbelstemme.

Årsmøtet fastsetter ev. honorarer, møtegodtgjørelse og kompensasjon for tapt inntekt og andre saker som på forhånd blir tatt opp av styret og/eller medlemmene.

§ 8 Ekstraordinært medlemsmøte kan innkalles med minst 14 dagers varsel av styret eller når minst 1/3 av medlemmene krever det. Ekstraordinært medlemsmøte kan ikke treffe vedtak om andre saker enn dem som står på dagsordenen.

§ 9 Forslag til vedtektsendringer må være innsendt til styret minst to måneder før årsmøtet og distribuert til medlemmene minst 14 dager før årsmøtet. Til vedtektsendringer kreves minst 2/3 flertall og nærvær av minst 1/3 av foreningens medlemmer.

§ 10 Ved behandling av saker som angår legenes standsinteresser har kun de medlemmer stemmerett som også er medlem av Den norske legeförening.

§ 11 Foreningens driftsutgifter kan ikke belastes Den norske patologforening. Hvis foreningen oppløses, tilfaller dens midler og arkiv Den norske patologforening.

8.3. Arbeidsbelastningsnormer i Patologi - Vedtatt på Årsmøtet 27. mars 2009

Styrets vurdering og forslag

På bakgrunn av Eide-utvalgets forslag til oppdatering av arbeidsbelastningsnormene ble det som del av saksbehandlingen utført en bred høring blant alle medlemmer av DNP og blant avdelingsledere ved landets patologiavdelinger og laboratorier. Styret gjennomgikk dette materialet og foretok en samlet vurdering av de ulike forslag og synspunkter.

Styret foreslo følgende for Årsmøtet 2009:

1. Det foretas en forenkling av normene med færre kategorier, men likevel slik at endel kategorier for spesialiserte undersøkelser beholdes med separate oppjusterte normtall (se tabell).

2. Det foreslås at store universitetsavdelinger kan anvende et tillegg på 15% i forhold til standard normtall (for de ulike kategorier).

Ad. 1: Dette er i tråd med Eide-utvalget. Styret støtter de konkrete forslag til normtall (som vist i tabell). Færre kategorier har særlig fått tilslutning fra mellomstore og mindre avdelinger. Større avdelinger med mer differensiert aktivitet tar til orde for at man likevel bør opprettholde en del spesifiserte prøvetyper, eller at noen normtall er satt for lavt (for eksempel barneobduksjoner, cytologi).

Ad. 2: For å kunne innføre en forenkling av systemet og likevel opprettholde en forskjell mellom store universitetsavdelinger med svært differensiert drift (for eksempel molekylærgenetiske undersøkelser, barneobduksjoner, forskning, m.m.), og mellomstore og mindre avdelinger, foreslås en kompensatorisk mekanisme ved at store universitets-avdelinger, dvs. avdelinger med robust akademisk stab (flere stillinger) samt dokumentert og jevn vitenskapelig produktivitet (Rikshospitalet-Radiumhospitalet, Ullevål, Haukeland, St. Olav, UNN) kan benytte et påslag til normene på 15%. Listen skal ikke oppfattes som permanent. Det legges også til grunn at de største avdelingene (som nevnt ovenfor), med en rekke spesialiserte funksjoner, har den største belastningen også når det gjelder møtevirksomhet relatert til diagnostisk arbeid. Styret er imidlertid noe i tvil om hvorvidt nye normtall kan sies å fullt ut gjenspeile den betydelig økning i tid til kliniskpatologiske møter (forarbeid, møter, etterarbeid) som har funnet sted gjennom de siste 10-15 årene. Dersom man kun skal benytte normene til å belyse avdelingenes totale aktivitet, vil det ikke være behov for å synliggjøre delaktivitet internt, såfremt de nye normtallene tar tilstrekkelig høyde for samlet produksjon. Med de nye normene vil prinsipper for intern fordeling av arbeid i større grad måtte avgjøres av den enkelte avdeling og vil således kunne variere. Styret har ikke vurdert hvor fornuftig dette er.

Styret mener at forskning i patologi bør synliggjøres bedre, og arbeider med initiativ som kan fremme dette. Per i dag foreligger det ikke noe godt system for å normsette forskningsarbeid. Styret mener at definerte ressurser til forskning er svært viktig for å sikre god fagutvikling og støtter Eide-utvalget som tar til orde for at den enkelte avdeling må avsette en ressursramme til forskning.

Nye normtall for undersøkelser i patologi (2009)

Det forutsettes en 40 timers arbeidsuke med 14 000 enheter utført av spesialist i patologi per år.

Et årsverk settes tilsvarende til 13 000 enheter, basert på 37.5 timers ordinær arbeidstid per uke og kompensert for 5. ferieuke. ¹

Leger under utdanning utfører 50 % av en overlege med 40 timer arbeidsuke.

Aktivitet utover 40 timers uke vil forutsette en intern arbeidsavtale med legene.

Full obduksjon	50 enheter per obduksjon, (260 obduksjoner per år)
Undersøkelse av fiksert hjerne med mikroskopering	30 enheter per hjerne, (434 hjerner per år)
Biopsi/Kirurgisk preparat	7 enheter per biopsi/ kirurgisk preparat, (Årsverk: 6685 glass; 1857 remisser)
Cervixcytologisk preparat	0,6 enheter, (21 666 cytologiske prøver per år)
Annen eksfoliativ cytologi	2,5 enheter, (5 200 cytologiske prøver per år)
Punksjonscytologi	5 enheter (kun tolkning), (2 600 prøver per år) 10 enheter (prøvetaking og tolkning), (1 300 prøver med tolkning og prøvetaking av patolog per år)
Frysesnitt/Telepatologi	15 enheter per undersøkelse
Elektronmikroskopi	30/15 enheter ²
Molekylærgenetisk undersøkelse	5 enheter
In situ hybridisering (FISH, CISH, SISH)	30/15 enheter ³
Flowcytometri	15/5 enheter ⁴

¹ Årsverk: I tillegg til justering for ordinær arbeidstid (37.5 timer) er også lagt til en justering for den 5. ferieuken, som er kommet til. Normtallet er avrundet (oppover) til 13 000 (2.5 t fra 37.5 til 40.0 er overtid; pliktig utvidet arbeidstid PUA).

² Elektronmikroskopi: 30 enheter for mikroskopering, billedtaking og tolkning utført av lege; 15 enheter for kun tolkning av ferdige bilder.

³ In situ hybridisering: 30 enheter for full undersøkelse utført av lege; 15 enheter der telling av signaler er utført av bioingeniør.

⁴ Flowcytometri: 15 enheter for lege ved immunfenotyping ved leukemi / 5 enheter ved ploidi-undersøkelser

Bakgrunn for oppdatering av normene

Styret i DNP nedsatte 27.10.06 et utvalg (ledet av Tor J. Eide) som fikk i oppdrag å utarbeide forslag til oppdatering av arbeidsbelastningsnormene i patologi. Bakgrunnen er at det har gått en stund siden siste revisjon (1995), og flere og flere synes å være av den oppfatning at normtallene ikke lenger er fullt ut dekkende for å beregne belastningene og oppgavene i faget. Mandatet ble utvidet til også å omfatte forskning, metodeutvikling og klinisk møtevirksomhet som er ufullstendig dekket i dagens normer.

Eide-utvalgets forslag

Utvalget baserte sitt arbeid på foreliggende grunnlagsdokumenter, først og fremst tidligere versjoner av normene (Skjørten-utvalget fra 1977; Kvalitetsutvalget DNP fra 1995). Utvalget har også vurdert internasjonale systemer. Videre ble det innhentet tall fra tre større sykehus i Norge for økning i antall blokker og glass per remisse i perioden 1978-2006. Det ble i dette materialet (ca. 25% av patologiarbeidet nasjonalt) funnet en økning på om lag 20% for antall blokker og 50% for antall glass per remisse.

Eide-utvalget foreslår en forenkling av dagens system med færre kategorier og lavere detaljeringsgrad. Dette vil bli kompensert i en økning av normtallene slik at de nye normene samlet sett skal gjenspeile økt belastning i faget.

Utvalget legger til grunn at 40 timers arbeidsuke for spesialist i patologi svarer til 14 000 enheter. Leger under utdanning utfører 50% av en overlege med 40 timers arbeidsuke. Aktivitet utover 40 timers uke vil forutsette en intern arbeidsavtale for den enkelte lege. For spesifikke kategorier foreslås følgende:

Obduksjon: Utvalget foreslår å slå sammen barneobduksjoner og voksenobduksjoner. Normtallet er økt fra 40 (voksenobduksjon) til 50 for alle typer obduksjoner. Undersøkelse av fiksert hjerne med mikroskopering er foreslått redusert fra 45 til 30 enheter.

Biopsier: Utvalget vil slå sammen prøver av polikliniske og inneliggende pasienter på eget sykehus, og utvalget foreslår å man ikke skal operere med normering for ulike biopsityper. Utvalget vil også innføre antall glass som en parameter i normering av biopsier (små biopsier og kirurgiske preparater).

Utvalget foreslår at gjennomgang av 2000 remisser per år eller 7200 glass (3,6 glass per remisse) vil svare til et årsverk. Dette svarer til 7 enheter per remisse. Det skilles ikke mellom ulike biopsityper.

Cytologi: Utvalget foreslår å opprettholde normtallet fra tidligere (Revisjonen fra 1995): 0.6 for cervix, 2 for annen exfoliativ cytologi, og 5 for punksjonscytologi (10 enheter for prøvetakning med tolkning).

Frysesnitt og Telepatologi: Utvalget foreslår å øke normeringen fra 7 til 15 enheter.

Elektronmikroskopi: Full elektronmikroskopisk undersøkelse med mikroskopering av "blåsnitt" og ultratynne snitt utført av lege gir 30 enheter per pasientprøve.

Mikroskopering og billedtaking utført av bioingeniør gir kun 15 enheter for tolkningsarbeid og besvarelse utført av lege.

Molekylærgenetisk undersøkelse: Utvalget foreslår 5 enheter.

In situ hybridisering: Mikroskopering med telling av signaler og beregning av ratio og tolkning utført av lege gir 30 enheter. Medvirkning av bioingeniør i utførelse av FISH analyse gir 15 enheter for tolkningsarbeid for lege.

Flowcytometri: Tolkningsarbeid av flowcytometrisk prøve med flerparameter analyse ved utredning av lymfom og leukemier gir 15 enheter. Tolkning av ploidiundersøkelser gir 5 enheter.

Forskning: Utvalget er av den oppfatning at det ikke er gode nok variabler som på en fornuftig måte kan synliggjøre forskningsaktivitet på samme måte som for diagnostiske oppgaver. Utvalget vil likevel anbefale rammer for forskning som avdelingene kan forholde seg

til. I planlegging av forskning foreslår utvalget at tilgjengelige ressurser (personale og driftsmidler) til forskning er på minst 20% av totalbudsjettet på en universitetsavdeling og ikke mindre enn 10% på alle andre patologiavdelinger.

Metodeutvikling: Metodeutvikling har elementer av forskning, men vil på en patologiavdeling som hovedregel tjene diagnostiske oppgaver. De foreslåtte normer for spesialiserte undersøkelser har en normering som tar noe høyde for å inkludere metodeutvikling (men ikke forskning).

Klinisk møtevirksomhet: Utvalget er av den oppfatning at klinisk møtevirksomhet er integrert i de opprinnelige normene, men at en tilbakeføring av normene til å gjelde 40 timers uke (justert til 37,5 timer i 1994) vil kompensere for det merarbeid som er tilkommet av ulik karakter, som møtevirksomhet og annet administrativ aktivitet.

Høring blant landets patologer

Utvalgets rapport om forslag til nye arbeidsbelastningsnormer ble sendt på høring til alle medlemmer i Den norske patologforening og til alle landets patologiavdelinger og laboratorier, med frist 1.4.08. Det innkam totalt 17 uttalelser.

Ved høringen innkam svært varierende synspunkter på utvalgets forslag til nye normtall. De følgende momenter var mest omtalt:

- Et flertall av høringene ser ut til å støtte en forenklet modell med færre subkategorier, men flere er også uenig i dette (8 var for en forenklet modell, 5 ønsket en mer spesifisert modell, 3 hadde ikke tatt stilling til dette spørsmålet).
- Det synes å være enighet om at normene bør brukes for overordnet planlegging av behov for patologer og ressurser, nasjonalt og til den enkelte avdeling, og at de foreslåtte normer er mindre egnet for å vurdere arbeidsbelastningen for den enkelte patolog, selv om flere mente at dette burde gjøres.
- Flere mente at man bør ha en egen rubrikk for særlig krevende biopsier (med høyere normtall for disse). Det var også enkelte som mente at andre prosedyrer, som immun-fluorescens, burde vektas som egne prøver.
- En del mente at cytologi og barneobduksjoner var vektet for lavt.
- En del mente at på grunn av mer krevende prøver, krav til metodeutvikling, forskning og undervisning, burde det opprettes et "flatt tillegg" for store universitetsklinikker.
- Forskning: mange mener at dette må synliggjøres bedre, men det er ingen felles oppfatning om hvordan dette kan gjøres.
- Det ble påpekt at det finnes internasjonal litteratur om vurdering av arbeidsbelastning for patologer, og at dette burde vært behandlet mer grundig av utvalget.
- Flere mener at tiden er inne for en "empirisk" studie som kan representere et grunnlag for normer bedre enn forholdet er i dag, og øke sannsynligheten for forankring på arbeidsgiversiden.
- Flertallet støtter at det nå må arbeides for forankring av et sluttokument hos arbeidsgiver og myndigheter for at dette skal ha størst mulig verdi.

8.4. Mandat for utvalg og grupper

8.4.1 Fagutvalg

Mandat

Fagutvalgets hovedoppgave er å overvåke at fagkurs blir holdt med jevne mellomrom, for å sikre en god faglig utvikling hos spesialistkandidatene og etterutdanning av ferdige spesialister. Utvalget skal være orientert om planlagte og avholdte etterutdanningskurs i regi av Den norske legeforening, basert på rapportering til Fagutvalget fra kursarrangøren. Fagutvalget leverer årlig rapport om sin virksomhet, som del av Årsmeldingen til DNP.

Oppnevning og funksjonstid: Som regulert av vedtektene velges Fagutvalget av Årsmøtet med en funksjonstid som følger styret (2 år).

Vedtatt i årsmøtet mars 2009

8.4.2 Forskningsutvalg

Mandat

Forskningsutvalget skal arbeide for etablering av initiativ og tiltak som kan øke forskningsaktivitet i norske patologimiljøer, stimulere til samarbeid mellom ulike miljøer der dette er naturlig, og arbeide for synliggjøring av pågående forskningsaktivitet.

Forskningsutvalget skal lage en årlig rapport over egen aktivitet, og rapporten skal inngå i DNPs årsmelding.

Oppnevning og funksjonstid: Forskningsutvalget oppnevnes av styret i DNP med en funksjonstid på 4 år, med mulighet for gjenoppnevning.

Vedtatt i årsmøtet mars 2009

8.4.3 Kvalitetsutvalg

Mandat

Kvalitetsutvalget har som oppgave å arbeide for overordnede retningslinjer og standarder som angår kvalitetssikring, i tillegg til forhold relatert til akkreditering og kodepraksis, i nært samarbeid med styret. Utvalget rapporterer til styret i foreningen, og det er styret som beslutter hva det ønsker utvalget skal arbeide med.

Kvalitetsutvalget skal lage en årlig rapport over egen aktivitet, og rapporten skal inngå i DNP's årsmelding.

Oppnevning og funksjonstid:

Kvalitetsutvalget oppnevnes av styret med en funksjonstid som følger styret (2 år).

Vedtatt på Årsmøtet 2011.

8.4.4 Faggruppene

Mandat

Faggruppene skal gi råd til landets patologer i spørsmål som angår faglig praksis og rutiner i forhold til optimal patologidiagnostikk. Gruppene vil ha et ansvar for å være oppdatert i grensesnittet mellom forskning og diagnostisk praksis. Faggruppene skal lage en årlig rapport over egen aktivitet, og rapporten skal inngå i DNP's årsmelding.

Oppnevning og funksjonstid: Faggruppene oppnevnes av styret i DNP med en funksjonstid på 4 år, med mulighet for gjenoppnevning. Faggruppene velger selv sin leder.

8.4.5 Nettredaktør

Mandat

Nettredaktøren skal bidra til å informere DNP's medlemmer om faglige og fagpolitiske forhold, samt å organisere hvordan informasjonen best kan presenteres. Arbeidet skal foregå i nært samarbeid med styret.

Oppnevning og funksjonstid: Nettredaktøren oppnevnes av styret med en funksjonstid som følger styret (2 år).

Vedtatt i årsmøtet mars 2009

Kommentar i sakspapirer 2009:

Styret i DNP mener at nettredaktøren skal oppnevnes av styret, men trenger ikke nødvendigvis være medlem av styret.

Styret legger til grunn at nettsidene representerer DNP's offisielle sider under DNLF, og styret vil derfor være ansvarlig for innhold og form. Redaktørens arbeid må derfor skje i nær forståelse med styret. Løpende informasjon vil utgjøre en stor del av det som legges ut. I den grad det gis uttrykk for bestemte synspunkter, skal disse gjenspeile styrets oppfatning.

8.5. Statutter for DNP's forskningsstipend

Den Norske Patologforening
Stipend for forskning og fagutvikling i patologi 2009

Vedtatt på Årsmøtet 27. mars 2009 , med justering av punkt 4 på Årsmøtet 2011

Den norske patologforenings stipend for Forskning og fagutvikling

Årsmøtet i DNP 27.3.2009 vedtok opprettelse av et stipend for "*forskning, fagutvikling og fordypning*", foreløpig for en periode på 2 år (2010-2011) med påfølgende evaluering.

Retningslinjer for stipendet:

1. DNP setter av inntil 100 000 kroner årlig til et reisestipend for *forskning, fagutvikling, og fordypning*. Midlene vil kunne deles på flere.
2. Støtte til opphold med varighet tre måneder eller mer i et annet land enn Norge med det formål å drive forskning eller fagutvikling som vil komme et bredere patologimiljø i Norge til gode vil bli prioritert.
3. Midlene utlyses hvert år på DNP's hjemmesider i begynnelsen av året, med tre ukers søknadsfrist. Søknadene vil bli behandlet på førstkommende styremøte og utfallet avgjøres av styret.
4. Alle medlemmer i DNP kan søke om stipendmidler (både overordnede og underordnede leger). Søknader rettes til styret og må som et minimum inneholde en prosjektbeskrivelse (minimum 2 sider), CV, anbefaling fra avdelingsleder, invitasjonsbrev fra avdeling som skal besøkes ved reiser, og budsjett.. Det åpnes for at deler av stipendet også skal kunne dekke reise- og boutgifter for medbragt familie.

Praktiske prosedyrer:

- a. Stipendet utlyses på DNP's hjemmesider med angitt søknadsfrist. Sekretæren i DNP's styre har ansvar for å påse at stipendet blir utlyst slik at styret rekker å behandle søknadene senest innen utgangen av februar.
- b. Søknadene rettes til styret og sendes elektronisk til sekretæren i DNP.
- c. Sekretæren har ansvar for å sende ut svarbrev til alle søkere innen to uker etter at søknadene er styrebehandlet.
- d. Stipendet utbetales mot originale kvitteringer som sendes per post til kasserer i DNP. Kvitteringene må ikke være eldre enn tre måneder. Ved behov kan kasserer utbetale et forskudd på inntil 50% av bevilget stipend.

18.3.11

8.6. Statutter for DNP's årsmøtepriser

Tildeling av DNP's Årsmøtepriser (Årets forskningsarbeid, Årets posterpresentasjon; Årets kasuistikk).

På DNPs Årsmøte deles det ut tre priser; en for beste frie foredrag (forskningsarbeid), en for beste poster, og en for beste kasuistikk.

Det nedsettes hvert år en bedømmelseskomité oppnevnt av styret i DNP. Denne skal bestå av minst 3 medlemmer med vitenskapelig kompetanse (minimum doktorgrad): to fra forskningsutvalget og ett lokalt medlem (der hvor årsmøtet arrangeres).

Eventuelle bidrag fra medlemmer i komitéen må ekskluderes fra bedømmelsen i forhold til prisene, men slike bidrag kan inkluderes i det faglige programmet etter ordinær vurdering.

Forskningsprisen går til et foredrag med best forskningsmessig innhold og som presenteres på en tilfredsstillende måte. Prosjektet kan være basert på klinisk materiale eller være eksperimentelt. Vedkommende må være en sentral aktør i det fremlagte prosjekt. Data som fremlegges må være basert på egne observasjoner, ha høy relevans for patologifaget og ha tilstrekkelig originalitet til å kunne bli publisert i et internasjonalt tidsskrift med fagfellevurdering. Er studien publisert, må det være innen foregående to år. Det settes ingen formelle krav til faglig bakgrunn til den som får prisen. Et abstrakt av foredraget må være innsendt innen ordinær frist. Prisen er på Kr. 10.000,-.

Posterprisen går til den poster som vurderes som best utfra både faglig innhold og presentasjon av resultatene. Utdeling av prisen forutsetter at det er minst 5 utstilte poster til vurdering og at det er innsendt abstract på vanlig måte. Den som presenterer posteren, og som kan få prisen, må på samme måte som for forskningsprisen ha hatt en sentral rolle i arbeidet, som kan være klinisk rettet eller eksperimentelt. Data som fremlegges må være basert på egne observasjoner, ha høy relevans for patologifaget og ha tilstrekkelig originalitet til å kunne bli publisert i et internasjonalt tidsskrift med fagfellevurdering. Er studien publisert, må det være innen foregående to år. Prisen er på Kr. 5.000,-.

Kasuistikkprisen går til en kasuspresentasjon med best faglig innhold, og som blir presentert på en tilfredsstillende måte og som gjerne også viser nytten av nyere diagnostiske metoder. Prisen er på Kr. 1.000,-.

Revidert av Styret i DNP 24.2.2010.

8.7. Retningslinjer for produksjonsdata til Årsrapport DNP

I forbindelse med utarbeidelse av årsrapport for Den norske patologforening (DNP) innhentes produksjonsdata fra alle landets patologiavdelinger og laboratorier.

Styret i DNP sender ut skjema for utfylling til avdelingslederne ved de ulike avdelingene. Det er viktig at alle tall kvalitetssikres av avdelingsleder før innsending. Styret i DNP har ingen mulighet til å kontrollere om de innrapporterte tall er korrekte. Selv om tallene kun er ment for internt bruk i DNP, er styret blitt gjort oppmerksom på at andre utenfor DNP også er interessert i disse tallene, og at enkelte regner dem som "offentlige", siden tallene blir tilgjengelige på DNPs internettside. I rapporten vil det være en fotnote som sier at det ikke er offisielle data som er presentert.

Med de ulike parametre menes følgende:

Stillinger:

H: antall stillingshjempler pr 1.1 det året det innrapporteres for

B: antall stillinger som er besatt pr 1.1 det året det innrapporteres for

V: antall stillinger med vikar pr 1.1

U: antall ubesatte stillinger pr 1.1

Overlege/professor: person som har hovedstilling på sykehusavdelingen og bistilling på universitetet

Professor/overlege: person som har hovedstilling på universitetet og bistilling på sykehusavdelingen

Leger i spesialisering: lege som er ansatt pr.1.1 og som jobber i utdanningsstilling. Leger som har permisjon fra utdanningsstilling for å jobbe som konstituert overlege eller stipendiat skal ikke telles med.

Histologiske prøver:

Totalt antall biopsier: registrert antall remisser (prøver) i perioden 1.1-31.12

Totalt antall blokker: samlet antall blokker for remisser registrert 1.1-31.12

Totalt antall glass: samlet antall glass for remisser registrert 1.1-31.12

Biopsier eksternt: biopsier innsendt av rekvirenter utenfor eget sykehus

Biopsier eget sykehus: biopsier fra inneliggende pasienter og polikliniske pasienter

Spesialundersøkelser:

Frysesnitt: antall remisser med frysesnitt i perioden 1.1-31.12

I og E-U (Immun- og enzymhistokjemi på ufiksert materiale) 1-10 undersøkelser pr remisse, takst 705m: antall remisser i perioden 1.1-31.12.

I og E-F (Immun- og enzymhistokjemi på fiksert materiale) 1-3 undersøkelser pr remisse, takst 705k: antall remisser i perioden 1.1-31.12

I og E-F (Immun- og enzymhistokjemi på fiksert materiale) 4 eller flere undersøkelser pr remisse, takst 705k: antall remisser i perioden 1.1-31.12

EM (Elektronmikroskopi), takst 705o: antall i perioden 1.1-31.12

Flowcytometri, takst 705q: antall i perioden 1.1-31.12

Molekylære analyser:

Antall remisser (biopsi, cytologi eller obduksjon) der det er rekvirert molekylære analyser i perioden 1.1-31.12

Antall PCR: antall individuelle analyser uavhengig av antall remisser i perioden 1.1-31.12.

Antall ISH (in situ hybridisering): antall individuelle analyser uavhengig av antall remisser i perioden 1.1-31.12..

Cytologiske prøver:

Cervixcytologi: antall remisser i perioden 1.1-31.12

Exfoliativ cytologi: antall remisser i perioden 1.1-31.12

Punksjonscytologi: antall remisser i perioden 1.1-31.12

Obduksjoner:

Sykehusobduksjoner: antall sykehusobduksjoner i perioden 1.1-31-12

Rettsmedisin: antall obduksjoner og likskuer i perioden 1.1-31.12

Forskning:

Antall artikler: publikasjonsdato i perioden 1.1-31.12 (trykket utgave)

Antall doktorgrader: disputaser i perioden 1.1-31.12

Prosentandel av budsjett avsatt til forskning i perioden 1.1-31.12, etter estimat basert på rutinefrie dager som brukes til konkrete forskningsprosjekt, eller skjønnsmessig vurdering fra avdelingsleder.

Antall presentasjoner med trykket abstract eller poster: publikasjonsdato i perioden 1.1-31.12

Kurs:

Antall kurs: avholdt helt eller delvis i regi av avdelingen i perioden 1.1-31.12

Bergen 19.12.11

Lars A. Akslen
Leder, DNP

Hege Aase Sætran
Sekretær, DNP

8.8. Retningslinjer for refusjon av utgifter

PROSEDYRE FOR REFUSJON AV UTGIFTER

Sist revidert av styret januar 2010

1. Som tillitsvalgt i Den norske patologforening (DNP) har man påtatt seg et frivillig arbeid som er ulønnet. Kun merutgifter som oppstår i forbindelse med aktivitet som følger naturlig av virksomhet som tillitsvalgt kan derfor bli dekket.
2. DNP følger generelt de samme retningslinjer for møte- og reiseaktivitet som tillitsvalgt i Den norske lægeforening har. Når det gjelder bestilling av reiser og bruk av selskap kan unntak gjøres i tilfeller hvor andre løsninger faller billigere.
3. DNP kan refundere dokumenterte utgifter som følger av møter/reiser i forbindelse med styremøter eller møter i andre faste utvalg. All møte- og reisevirksomhet skal avklares med leder i DNPs styre på forhånd.
4. All møte- og reisevirksomhet forutsetter bruk av rabatterte billetter/avtaler i så stor grad som mulig.
5. Utgifter til overnatting er begrenset oppad til maksimalt kr. 1500 per døgn.
6. Reiseregning med alle originalbilag skal innen 3 måneder etter møtets/reisens avslutning sendes til kassereren i DNP. Hvis tidsfristen ikke overholdes refunderes ikke utgiftene.
7. Reiseregningen må inneholde: Fullt navn, adresse, postnummer, poststed, skattekommune (eventuelt skattekort med skatteprosent, avhengig av hva som utbetales, lønn el.), bankkonto, fødselsnummer (11 siffer), organisasjonsnummer (dersom det er selvstendig næringsdrivende), kontaktinformasjon som telefonnummer og e-post.
Videre må regningen inneholde informasjon om hva slags ytelse som blir utbetalt.
Det anbefales å bruke [legeforeningens skjema for reiseregning](#)
8. Originale kvitteringer, for eksempel fra fly, mat, overnatting og lignende må vedlegges, og festes til ark slik at det er oversiktlig, og legges ved reiseregningen når den sendes inn. Det skal ikke utbetales beløp uten at originalbilag foreligger. Eneste unntaket er kilometergodtgjørelse for egen bil.

DNP

Oversikt over forskning i 2011

	Antall vitenskaplige artikler med fagfelle vurdering hvor en eller flere av avdelingens leger er medforfatter	Antall doktorgrader som utgikk fra avdelingen	Prosentandel av budsjett avsatt til forskning	Antall presentasjoner med trykket abstract eller poster	Kurs
Sykehuset Østfold HF, Fredrikstad	0	0	??	0	0
Akershus Universitetssykehus HF, Oslo	7	0	Ca. 2,5 % (?)	3	0
Oslo universitetssykehus HF	162	6		registreres ikke	1
Sykehuset Innlandet HF, Lillehammer	0	0	0	0	0
Sykehuset Buskerud HF, Drammen	1	0	0	0	0
Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg	1	0	0	4	0
Sykehuset Telemark HF, Skien	3		0	1	
Sykehuset Sørlandet HF, Kristiansand	1	0	Ligger i FOU avd.	0	0
Stavanger Universitetssjukehus	21	5	5	10	
Haukeland Universitetssykehus HF, Bergen	47	6	ca 4% til støttevirksomhet	4	1
Førde sentralsjukehus HF	1	0	<1%	1	
Haugesund sykehus, Helse Fonna	2	0	0	0	2
Ålesund Sjukehus HF	4	1	1.6	0	0
Helse Nordmøre og Romsdal HF, Molde	0	0	*	0	2
St. Olavs hospital HF, Trondheim	12	0	5%	0	0
Nordland Sentralsykehus HF, Bodø	13	0	0	1	0
Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Tromsø	35	1	0	15	1
FHI, rettspatologi					
Laboratorium for patologi, Oslo					
GynLab, Oslo					
SUM	310	19		39	7

Den Norske Patologforening presiserer at dette er tall som er frivillig innrapportert for internt bruk i DNP. Dette er ikke offisielle, kvalitetssikrede data.

* kan søke forskn. Midler på foretaksnivå.

	Totalt antall Biopsier	Total antall Blokker	Totalt antall Glass	Biopsi med 1-2 blokker	Biopsi med 3-7 blokker	Biopsi med 8-19 blokker	Biopsi med ≥20 blokker	Biopsier eksternt	Biopsier eget sykehus
Sykehuset Østfold HF, Fredrikstad	23512	69469	85505	15075	5947	1878	91		
Akershus Universitetssykehus HF, Oslo	29247	87721	119790	19806	6828	2170	353	13414	15833
Oslo universitetssykehus, Oslo	61700	196025	500445	41325	14560	5020	1235	43765	18315
Sykehuset Innlandet HF, Lillehammer	20205	68177	77987	11920	5233	1706	237	7325	12880
Sykehuset Buskerud HF, Drammen	32472	78000	93600	26019	4373	1719	93	26325	6147
Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg	19726	42212	53000	16060	2721	835	103	10049	9674
Sykehuset Telemark HF, Skien	15665	36858	38827	12400	3077	816	109	5153	10512
Sykehuset Sørlandet HF, Kristiansand	25295	77821	92992	16695	6324	2024	253	12859	12436
Stavanger Universitetssykehus	27742	79068	117031	19239	6589	1631	283	25722	2020
Haukeland Universitetssykehus HF, Bergen	38661	136422	ca 180000	26557	6228	4241	922	21937	16524
Førde sentralsykehus HF ^a	6614	19910	21791	4609	1261	671	70	1051	5563
Haugesund sykehus, Helse Fonna ^{**}	7496	37288	53032	4374	1764	1004	249	*	
Ålesund Sjukehus HF	14403	31620	56163	11286	2362	751	4	6140	8263
Helse Nordmøre og Romsdal HF, Molde	7279	*	*	6050	999	226	1	2970	4309
St. Olavs hospital HF, Trondheim	36354 ^{**}	95653	135000	26390	6719	2407	205	17721	18633
Nordland Sentralsykehus HF, Bodø	17689	42978	48029	13326	3277	1007	79	13410	4279
Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Tromsø	28732	79019	107930	20773	5546	2097	232	15960	12772
FHI, rettspatologi									
Laboratorium for patologi, Oslo	47500	152618	186343	32751	12208	2351	190	47500	
GynLab, Oslo	7133	17647	21659	4999	1956	178		7133	
SUM	467425	1348506	1989124	329654	97972	32732	4709	278434	158160

Den Norske Patologforening presiserer at dette er tall som er frivillig innrapportert for internt bruk i DNP. Dette er ikke offisielle, kvalitetssikrede data.

NB! Aktuelle statistikk program i SymPathy gir ikke mulighet for antalsmessig at skelne mellom eksterne og interne rekvirenter.

* Ikke søkemulighet i labdatasystem.

** Ikke medregnet 6810 prøver sendt til lab.for patologi

DNP

Spesialundersøkelser i 2011

	Frysesnitt takst 705i	I og E-U 1-10 us. takst 705m	I og E-F 1-3 us. takst 705j	I og E-F ≥4 us. takst 705k	EM takst 705o	Billed analyse takst 705p	Flow cytometri takst 705q	Molekylære Analyser Ant.Remisser	Antall PCR	Antall ISH
Sykehuset Østfold HF, Fredrikstad	203	63	1753	929	0	0	0	567	0	25
Akershus Universitetssykehus HF, Oslo	424	1336	1331	1178	0	10	0	58	70	38
Oslo universitetssykehus, Oslo	2830	3790	5405	7115	940	560	4465	11410	13038	600
Sykehuset Innlandet HF, Lillehammer	163	0	1188	741	0	0	0	0	0	0
Sykehuset Buskerud HF, Drammen	297	96	1278	861	0	0	0	0	0	0
Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg	134	112	2005	481	0	0	0	0	0	0
Sykehuset Telemark HF, Skien	123	489	1739	487	0	0	0	0	0	0
Sykehuset Sørlandet HF, Kristiansand	232	0	1751	879	0	0	0	0	0	0
Stavanger Universitetssykehus	366	0	3306	1308	0	413	27	1491	1366	125
Haukeland Universitetssykehus HF, Bergen	710	179	3653	1446	194	73	361	2092	2845	308
Førde sentralsykehus HF	59	0	896	361	0	0	0	0	0	0
Helse Fonna, Haugesund	44	0	0	10359*	0	0	0	0	0	0
Ålesund Sjukehus HF	198	271	591	1328	0	0	0	127	36	243
Helse Nordmøre og Romsdal HF, Molde	52	0	576	144	0	0	0	237	174	63
St. Olavs hospital HF, Trondheim	611	253	1519	2673	76	0	0	1000	2811	715
Nordland Sentralsykehus HF, Bodø	172	0	3820	739	0	0	0	463	414	49
Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Tromsø ☐	517	253	2426	2934	217	422	298	625	**	115
FHI, rettspatologi										
Laboratorium for patologi, Oslo	0	0	761	380	0	0	0	0	0	0
GynLab, Oslo										
SUM	7135	6842	33998	34343	1427	1478	5151	18070	20754	2281

Den Norske Patologforening presiserer at dette er tall som er frivillig innrapportert for internt bruk i DNP. Dette er ikke offisielle, kvalitetssikrede data.

* tallet angir immunhistokjemi glass

☐ takst 705 n (I og EU 1-10us) antall 58 us

**Utført 12138 PCR reaksjoner i 2011. Antall svaparametre til rekviert er ikke fremskaffet.

	Totalt	Cervixcytologi	Exfoliativ	Punksjonscytologi
Sykehuset Østfold HF, Fredrikstad	24307	21056	2008	1240
Akershus Universitetssykehus HF, Oslo	38653	32911	4599	1143
Oslo Universitetssykehus , Oslo	32525	16705	15820	8720
Sykehuset Innlandet HF, Lillehammer	20710	16919	3101	690
Sykehuset Buskerud HF, Drammen	35026	27758	3943	3325
Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg	22994	19596	3000	400
Sykehuset Telemark HF, Skien	19205	16130	α	α
Sykehuset Sørlandet HF, Kristiansand	26196	23743	1581	872
Stavanger Universitetssjukehus	36846	32243	3349	1254
Haukeland Universitetssykehus HF, Bergen	47980	39013	4470	2418
Førde sentralsjukehus HF	523	44	166	313
Helse Fonna, Haugesund		*	533	424
Ålesund Sjukehus HF	13440	10683	2319	438
Helse Nordmøre og Romsdal HF, Molde	9835	7963	1559	313
St. Olavs hospital HF, Trondheim	36577	35006	1686	1571
Nordland Sentralsykehus HF, Bodø	17858	15630	1609	619
Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Tromsø	31987	27524	3619	844
FHI, rettspatologi				
Laboratorium for patologi, Oslo	85247	82869	2105	273
GynLab, Oslo	22964	22660	290	14
SUM	522873	448453	55757	24871

Exfoliativ: Bronkial, serøse væsker, urin o.a

Den Norske Patologforening presiserer at dette er tall som er frivillig innrapportert for internt bruk i DNP. Dette er ikke offisielle, kvalitetssikrec

* NB! all cervix cytologi sendes SUS - beslutning fra Helse Vest.

α exfoliativ + punksjonscytologi er samlet 3075

DNP

Obduksjoner i 2011

	Sykehusobduksjoner		Rettsmedisin	
	Totalt	hvorav barn (< 2år)	Obduksjoner	Likskuer
Sykehuset Østfold HF, Fredrikstad	62	0	0	0
Akershus Universitetssykehus HF, Oslo	283	37	0	0
Oslo Universitetssykehus, Oslo	650	210	0	0
Sykehuset Innlandet HF, Lillehammer	75	6	9	0
Sykehuset Buskerud HF, Drammen	137	21	0	0
Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg	87	14	0	0
Sykehuset Telemark HF, Skien	29	1	0	0
Sykehuset Sørlandet HF, Kristiansand	79	19	0	0
Stavanger Universitetssjukehus	229	48	141	0
Haukeland Universitetssykehus HF, Bergen	309	82	351	1
Helse Fonna, Haugesund	27	8	0	0
Førde sentralsjukehus HF	53	10	0	0
Ålesund Sjukehus HF	0	0	0	0
Helse Nordmøre og Romsdal HF, Molde	26	0	0	0
St. Olavs hospital HF, Trondheim	177	84	181	0
Nordland Sentralsykehus HF, Bodø	67	17	27	0
Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Tromsø	135	15	78	0
FHI, rettspatologi			951	
SUM	2425	572	1738	1

Den Norske Patologforening presiserer at dette er tall som er frivillig innrapportert for internt bruk i DNP. Dette er ikke offisielle, kvalitetssikrec

FHI, rettspatologi= Nasjonalt Folkehelseinstitutt, Divisjon for rettsmedisin og rusmiddelforskning, Avdeling for rettspatologi og klinisk rettsmed

Stillinger i 2011

Avdeling:

H: Antall | B: Besatt V: Vikar U: Ubesatt

	Avdelingsoverlege				Overleger				Overlege/professor II				Overlege/amanuensis II				Professor/Overlege II				Amanuensis/Overlege II				Leger under spesialisering			
	H	B	V	U	H	B	V	U	H	B	V	U	H	B	V	U	H	B	V	U	H	B	V	U	H	B	V	U
Fredrikstad					6	5.80		0.2																	3	3		
Akershus	1	1			8	7		1	1	1			1	1											3	2	1	
OUS	1	1			31	30		1	11	11			1	1			4	4							20	14	2	4
Haugesund	1	1			2	1	1		0				0				0				0				0			
Lillehammer	1	1			4	4																			2	2		
Drammen	1	1			10	9		1																	5	4		1
Tønsberg	1		1		5	5																			2	2		
Skien	1	1			4	4																			1	1		
Kristiansand	1	1	0	0	6	4	0.3	1.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	0
Stavanger	1	1			10	10			1*	1															5	5		
Bergen	1	1			11	11			2	2			0				3	3			4	4			8	8		
Førde	1	1	*		3	3			0				0				0				0				1	0	**	1
Ålesund	1	1			1	0.8		0.2																				
Molde					2	2																						
Trondheim	1	1			12	5	6	1									2	2			2	1		1	8	1	7	
Bodø	1	1			4	3			1	1			0				0				0				2	3		
Tromsø	1	1			9	8	1		1	1							4	4							7	5	2	
SUM	15	14	1		128	112.6	8.3	6.1	17	17			2	2			13	13			6	5		1	70	52	12	6

Den Norske Patologforening presiserer at dette er tall som er frivillig innrapportert for internt bruk i DNP. Dette er ikke offisielle, kvalitetssikrede data.

□ Avd. overlege er også avd. sjef med ledelse som hovedoppgaver

* Avd. sjef

** LIS ansatt september 2011

□I prinsippet 1 overlege som seksjonsleder + 2 overleger. Den ene af de to overleger med barsels permisjon etterfulgt af langvarig sygemelding 100 % - derfor erstattet af vikar.

1 overlegestilling er midlertidig omgjort til LIS

en overlege stilling som er ledig ble omgjort til LI

Aktivitet og bemanning ved avdeling for patologi, Ålesund sjukehus

I forbindelse med krav om innsparing ved Avdeling for Patologi, Ålesund sjukehus, ønsker vi å vise statistikk over avdelingens produksjon i forhold til bemanning fra 2005-2011.

Aktivitet:

Fra 2005-2010 har avdeling for patologi, Ålesund sjukehus hatt en jevn stigning av antall prøver til laboratoriet, spesielt i forhold til histologiske prøver. Stigningen fortsetter i 2011. (Tabell 1-3, fig.1-3)

Når vi slår sammen de to patologiavdelingene i fylket ser vi at Molde og Ålesund til sammen produserer mer enn halvparten av St. Olavs patologiavdeling, både mht antall histologiske og cytologiske prøver. Tabell 3 viser mengden rutine-analyser vi har utført. Ett prøvenummer kan ha fra 1 til mange titalls analyser.

Vedlagt tallmateriale viser at prøvene i stigende grad kommer fra poliklinisk aktivitet, mengden rutine-analyser fra inneliggende pasienter er konstant.

Det skjer fordi innsendere stiller større krav til patologisk diagnostikk enn før. Diagnostikken skal være mer spesifikk. Det tas flere prøver pr kasus enn tidligere (jfr prostata- og gastro-diagnostikk). Hver prøve blir også undersøkt med flere spesialfarger/immunhistokjemi i dag enn tidligere. (se tall for immunhistokjemi tabell 3.) Innen patologi er det ikke bare patologene som avgjør hvilke spesialundersøkelser de trenger for å kunne stille en diagnose på det innsendte prøvematerialet. I noen tilfeller er det krav om spesialundersøkelser for å veilede behandlingen (for eksempel bryst cancer: Østrogenreseptor, progesteronreseptor, proliferasjonsmarkør Ki67, og Her2).

Diagnosen vil være bestemmende for videre behandling av pasienten, så det er viktig å opprettholde den gode kvaliteten vi har på vår diagnostikk. Det er dermed ikke ønskelig å måtte kutte ned på antall spesialundersøkelser.

Bemanning:

Den totale arbeidsmengden på avdelingen er økende (figur 3), mens bemanningen har vært konstant i lengre tid (tabell 4, fig 4). I fjor fikk vi tilbake overlege Heike Immervoll, og slik arbeidsmengden er nå er det umulig å drive avdelingen med bare en patolog. Etter patologiforeningens normer skulle vi hatt 8,7 patologer (tabell 5).

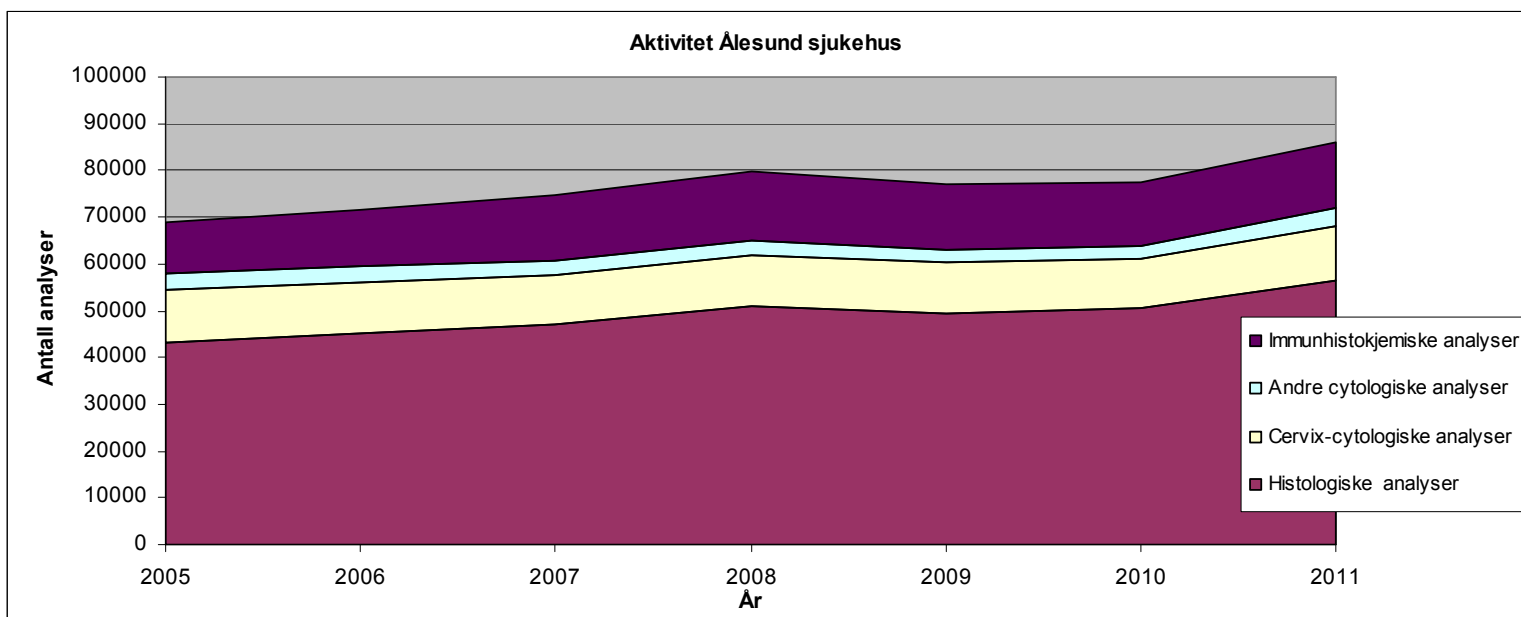
Alle patologiavdelingene i regionen er underbemannet mht patologer.

Arbeidet som utføres på et patologilaboratorium er lite automatisert. Mye av arbeidet er håndarbeid som krever stor presisjon og lang erfaring. Dette gjelder spesielt cytologi, men også histologi. Det er derfor ikke slik at investering i nye maskiner reduserer behovet for teknisk personale. For å kunne opprettholde vår aktivitet er det nødvendig at vi får opprettholde vår bemanning, og at budsjettet ikke reduseres.

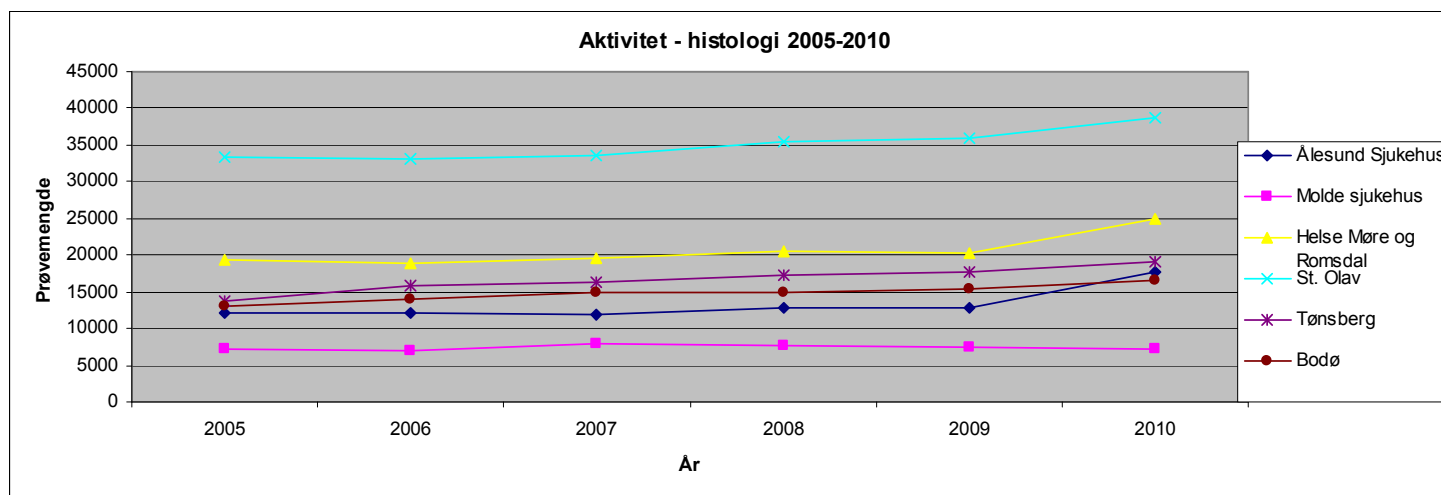
Med vennlig hilsen
Sjefbioingeniør
Hilde Guttormsen
Avdeling for patologi
Ålesund sjukehus

Aktivitet 2005-2011 -avdeling for patologi, Ålesund sjukehus - antall analyser

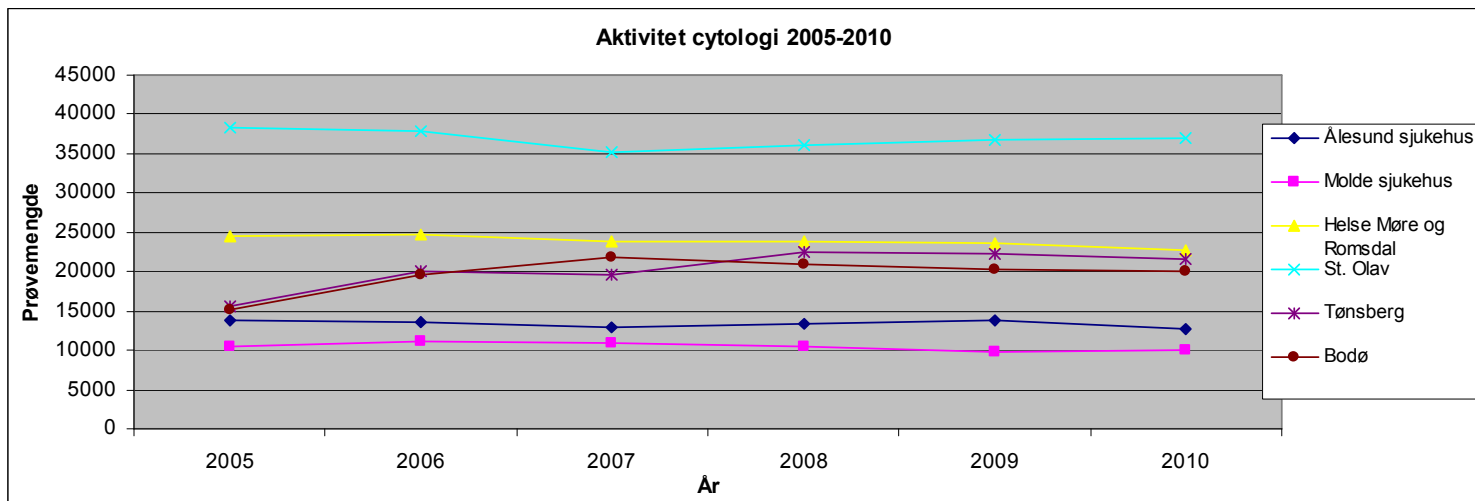
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Antall analyser							
Gruppe1 Ekstern institusjon	2883	3065	2456	1841	2023	2030	
Gruppe 2 Helsestasjon, legesenter	3351	3255	2159	2767	2658	3770	
Gruppe 3 Ekstern lege	9550	9721	12011	12322	12380	12448	
Gruppe 4 Intern sengepost	13672	14957	14830	15942	14973	13190	
Gruppe 5 Intern poliklinikk	1556	1339	1583	2154	2207	1283	
Gruppe 6 Intern lege, poliklinikk	12131	12678	13928	15882	15279	17935	
Gruppe 7 Sjukeheimer	15	15	22	27	10	32	
Sum histologiske analyser	43158	45030	46989	50935	49530	50688	56536
Cervix cytologi - antall analyser	11443	11057	10657	10922	10604	10256	11625
Annen cytologi - antall analyser	3228	3436	2959	3167	2975	3046	3668
Immunhistokjemi 2005-2011 - antall analyser	11219	12116	13924	14674	13880	13601	14077



Aktivitet mht antall histologiprøver	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ålesund Sjukehus	12084	12055	11831	12809	12855	17637
Molde sjukehus	7186	6926	7833	7692	7410	7226
Helse Møre og Romsdal	19270	18981	19664	20501	20265	24863
St. Olav	33326	33113	33576	35370	35798	38669
Tønsberg	13790	15820	16242	17254	17637	19174
Bodø	12989	13918	14883	14925	15 388	16572



Aktivitet mht antall cytologi prøver	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ålesund sjukehus	13838	13595	13015	13379	13 702	12737
Molde sjukehus	10571	11051	10871	10389	9862	9948
Helse Møre og Romsdal	24409	24646	23886	23768	23 564	22685
St. Olav	38372	37910	35110	36140	36795	37029
Tønsberg	15612	20112	19680	22400	22332	21561
Bodø	15187	19704	21779	20846	20 241	20091



Bemanning ved avdeling for patologi - Ålesund sjukehus	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Patologer	1	1	1	1	1	1	1,8
Helsesekretærer	2	2	2	2	2	2,35	2,55
Bioingeniører	10,8	10,8	10,8	10,8	10,8	10,45	10,8
Sum	13,8	13,8	13,8	13,8	13,8	13,8	15,15

Ressursfordeling i forhold til prøvemengde 2010	Alle hist	Alle cyt	Alle prøver	Antall leger tilsatt	Ant. leger ift norm for den norske patologiforening	Bioingeniører	Screenere	Sekretærer	Genetikk	Obd
Åles+Molde	20978	22685	43663	3,8	13,5					
Ålesund	13752	12737	26489	1,8	8,7	6,7	4	2,55		0,2
Molde	7226	9948	17174	2	4,8					
Trondheim	38669	37029	75698	22	33	40	13	7	15	
Bodø	16572	20091	36663	4	11,3	7	4,75	3		2
Tønsberg	19174	21561	40735	6	12,4					

*:Har ikke eksakt oversikt over bemanning og budsjett andre steder enn i Ålesund. Budsjett-tall hentet fra arcplan.

